



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - Seguro Social del Perú, EsSalud : trastorno de pánico y trastorno de personalidad histriónica

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psicología de la Clínica y de la Salud

AUTOR

Ramón Inocente Vera Cortegana

LIMA – PERÚ
2014

A Martha, mi esposa, colega y compañera de toda la vida
que siempre está a mi lado en las alegrías y las penas; a
mis hijos Juan Ramón y Djanira, que son fuente de
energía y motivación inagotable en mi vida.

A mi amada madre, María Natividad, que este año
nos dejó físicamente, pero que continúa siempre
presente en nuestros corazones con su
ejemplo invalorable de vida.

Mi profundo agradecimiento a la Magister Gloria Díaz Acosta por su
paciencia, tolerancia, apoyo y sabias recomendaciones,
que me han permitido concluir este trabajo.

INDICE

INTRODUCCION.....	6
INFORMACION GENERAL.....	8
CAPITULO I	
I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	
1.1 Nombre del Hospital.....	9
1.2 Ubicación y Dirección.....	9
1.3 Historia del Hospital.....	10
II. GESTION INSTITUCIONAL	
2.1 Visión Institucional.....	11
2.2 Misión Institucional.....	11
2.3 Principios de la Seguridad Social.....	11
2.4 Objetivos estratégicos 2012-2016.....	13
III. GESTION DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA	
3.1 Visión.....	13
3.2 Misión.....	13
3.3 Infraestructura del Servicio de Psicología.....	14
3.4 Historia del Servicio de Psicología.....	14
3.5 Horarios de Trabajo.....	18
3.6 Recursos Humanos.....	19
3.7 Estructura Funcional.....	20
3.8 Organización Funcional.....	21
3.9 Objetivos.....	22

3.10 Estadística General del Servicio de Psicología 2012 – 2013.....	23
3.11 Funciones del Servicio de Psicología.....	31
 IV. GESTION DE LA JEFATURA DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA	
4.1 Nombre del cargo.....	34
4.2 Funciones del cargo.....	34
 V. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO	
5.1 Nombre.....	35
5.2 Descripción.....	36
5.3 Visión.....	36
5.4 Misión.....	37
5.5 Objetivos.....	37
5.6 Organización funcional.....	38
5.7 Recursos.....	38
5.8 Estadística Individual 2012-2013.....	39
5.9 Descripción de las Actividades Psicológicas.....	40
5.10 Material psicométrico utilizado.....	77
 CAPITULO II	
Caso clínico.....	82
Informe psicológico.....	102
Plan de intervención psicológica.....	109
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	 114
ANEXOS.....	117

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objetivo describir nuestra experiencia profesional como psicólogo clínico, labor que realizo desde hace 28 años, primero en la, por entonces, Unidad de Psicología del Hospital Rebagliati, jefaturada por el Dr. Luis Estada De Los Ríos y luego desde hace 26 años en el Servicio de Hospitalización Parcial del Departamento de Salud Mental que tuve la suerte de fundar como parte del equipo multidisciplinario y en cual ejerzo aún con gran motivación y satisfacción.

Este servicio, que empezara a funcionar con solo un grupo operativo de 20 pacientes y un psicólogo, hoy cuenta con 3 psicólogos especialistas en psicoterapia que por día atiende aproximadamente a 60 pacientes con diversos trastornos, especialmente relacionados con el estrés, adaptación y otros cuadros neuróticos. El enfoque terapéutico que prevalece y orienta el trabajo de recuperación es el humanista, teniendo como principales corrientes la gestáltica, el análisis transaccional y el psicodrama. Se incluyen los aportes también de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento de patologías específicas.

La Psicología en Salud Mental, antes Psiquiatría, ha pasado por una evolución histórica no exenta de dificultades iniciales para luego convertirse en una fortaleza dentro de las actividades asistenciales del psicólogo clínico en el contexto de la salud mental en el Hospital Rebagliati , que sin duda es el más grande tanto en dimensión como en cobertura de atención, no solo en el Perú, sino a nivel latinoamericano, lo cual constituye un reto para nuestra

labor, pues exige una constante actualización científica y técnica. Además es una sede docente reconocida, habiendo logrado un fuerte posicionamiento de modo tal que un tercio de los psicólogos de este nosocomio trabajan en esta área, sin menoscabo de las otras especialidades.

En la primera parte de este informe se presenta en detalle las actividades asistenciales docentes y de capacitación, así como también las administrativas y otras que realiza el profesional psicólogo en el ámbito de la clínica y del trabajo hospitalario básicamente. Se hace también una reseña histórica del trabajo psicológico desde sus inicios allá por 1962 hasta la actualidad.

En la segunda parte se presenta un caso clínico, desde la historia clínica psicológica, los resultados de la evaluación, el informe psicológico y el plan de tratamiento diseñado para la recuperación del paciente.

INFORMACIÓN GENERAL

➤ **Nombres y Apellidos:**

Magister Ramón Vera Cortegana

➤ **Lugar donde labora:**

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

➤ **Años de experiencia en el hospital:**

33 años

➤ **Horario de trabajo (general):**

De lunes a viernes de 8:00 a 14:00 horas

➤ **Área donde desempeña funciones:**

- ✓ Departamento de Salud Mental
- ✓ Servicio de Hospitalización Parcial
- ✓ Jefatura de Servicio de Psicología

CAPITULO I

1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

1.1. Nombre del Hospital:

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud).

1.2. Ubicación y Dirección:

Av. Rebagliati 490, distrito de Jesús María – Lima, Perú

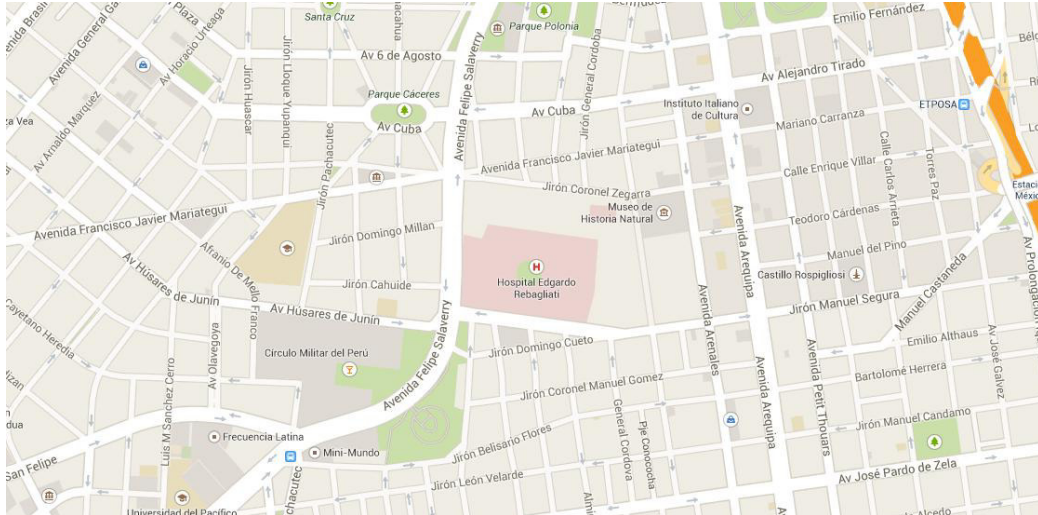


Figura 1. Mapa de ubicación geográfica del HERM

1.3. Historia del Hospital

El 12 de agosto de 1936, el presidente de la República, general Óscar R. Benavides, promulgó la Ley N.º 8433, con la cual se creó el Seguro social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. El 19 de noviembre de 1948, durante el gobierno del general Manuel A. Odría, se promulgó el Decreto Ley N.º 10902 que creó el Seguro Social Obligatorio del Empleado. Con la llegada al Gobierno del general Juan Velasco Alvarado, se inicia un proceso de fusión progresiva de los seguros del obrero y el empleado. El 1º de mayo de 1973 se promulgó el Decreto Ley N.º 19990.

El 29 de diciembre de 1987 se promulgó la Ley 24786, Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social. En esta norma se establece que el IPSS se convierte en EsSalud, “El 15 de mayo de 1997 se dicta la Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social. Su reglamento fue aprobado por Decreto Supremo N.º 009-97-SA.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

La historia de este hospital se inició el 3 de noviembre de 1958 durante el gobierno del entonces presidente Manuel Prado. Contaba con un personal de 167 médicos y enfermeras. Inicialmente se llamó Hospital del Empleado y su primer director fue el doctor Guillermo Kaelin de la Puente. Actualmente el hospital Rebagliati es el referente de la medicina del país. Atiende a más de un millón 707 mil asegurados. Tiene cinco mil trabajadores, 93 especialidades médicas, mil 600 camas y 115 consultorios externos. Además, realiza más de 60 mil consultas al mes

II. GESTION INSTITUCIONAL

2.1 Visión Institucional

“Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

2.2 Misión Institucional

“Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

2.3 Principios de la Seguridad Social

- **Solidaridad**

Cada cual debe aportar al sistema según su capacidad y recibir según su necesidad.

- **Universalidad**

Todas las personas deben participar de los beneficios de la seguridad social, sin distinción ni limitación alguna.

- **Igualdad**

La seguridad social ampara igualitariamente a todas las personas. Se prohíbe toda forma de discriminación.

- **Unidad**

Todas las prestaciones deben ser suministradas por una sola entidad o por un sistema de entidades entrelazadas orgánicamente y vinculadas a un sistema único de financiamiento.

- **Integralidad**

El sistema cubre en forma plena y oportuna las contingencias a las que están expuestas las personas.

- **Autonomía**

La seguridad social tiene autonomía administrativa, técnica y financiera (sus fondos no provienen del presupuesto público, sino de las contribuciones de sus aportantes).

2.4 Objetivos estratégicos 2012-2016 de EsSalud

Objetivo estratégico 1:

“Extender la cobertura de la seguridad social, incluyendo a los trabajadores independientes e informales”.

Objetivo estratégico 2:

“Brindar atención integral a los asegurados, con los más altos estándares de calidad, en el marco de un fuerte compromiso del Estado con el bienestar de los asegurados; mejorar el trato a los asegurados, cambiar el modelo de atención por uno basado en la atención primaria y actuar sobre los determinantes sociales de la salud, con énfasis en los aspectos preventivo–promocionales, contando para ello con el apoyo técnico de la OPS/OMS”.

Objetivo estratégico 3:

“Garantizar la sostenibilidad financiera de la seguridad social en salud”.

Objetivo estratégico 4:

“Implementar una gestión transparente basada en el mérito y la capacidad, con personal calificado y comprometido”

III. GESTION DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA

3.1 Visión

“Ser una servicio que lidere en el ámbito de la psicología de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”

3.2 Misión

“Somos un servicio que brinda atención psicológica con calidad y eficiencia ofreciendo adecuados servicios asistenciales preventivo promocionales, y recuperativos que persigue el bienestar emocional de los asegurados para satisfacer sus necesidades y mejorar la calidad de vida”

3.3 Infraestructura del Servicio de Psicología

El Servicio de Psicología del HNERM, se encuentra establecida en el primer piso del Edificio principal que tiene una edificación de material noble, distribuida en 2 espacios, 1 ambiente destinado a la Jefatura del área, y 1 sala para la ejecución de talleres y terapia de grupo o terapias familiares. Adicionalmente, se cuentan con un consultorio dedicado a la especialidad, en el primer piso, en el lado C destinados a la atención ambulatoria para la consulta externa y un consultorio exclusivo para la atención psicológica en la consulta externa de Salud Mental; del mismo modo un consultorio en el Pabellón G para la atención de infantes. Adicionalmente dispone de algunos turnos de consulta externa en diferentes áreas de atención ambulatoria del hospital. Además, cuenta con ambientes de trabajo asignadas a la especialidad en los pisos de Neurología, Farmacodependencia, Hospitalización I y II de Salud mental, Hospital de Día, Rehabilitación Física, Psicogeriatría y Pediatría.

3.4 Historia del Servicio de Psicología

En el año 1962 se crea la Unidad de Psicología en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (ex Hospital Central N° 2, ex Hospital del Empleado) dependiente estructuralmente del Servicio de Psiquiatría, siendo el Primer Jefe de la Unidad de Psicología el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, docente universitario, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, quien ostentaba el grado Académico de Doctor en Psicología. Fue acogido por el Cuerpo Médico del Hospital hasta su jubilación en el año 1992.

En el año 1963, ingresa a laborar en la Unidad de Psicología la Dra. Herlinda Chávez, quien también era docente de la Universidad de San Marcos.

En el quinquenio 1971-1975 ingresan otros nuevos psicólogos: Eduardo Valdizán, Julio Santos Ysla, Elsa Rodríguez Palacios, Luz Flores y Zaida Valcárcel, las bachilleres Josefina de Olarte y Teresa Pozo, incrementándose el personal de la Unidad de Psicología así como su productividad que comenzaba a ampliarse a otras áreas del Hospital como: a Medicina Física y Rehabilitación, así como interviniendo en áreas de conflicto a nivel de personal.

Por el año 1980, la labor del psicólogo se hace importante y necesaria por lo tanto los requerimientos de la atención psicológica se incrementan y dan lugar a la contratación de nuevos psicólogos, es así que entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de Psicólogos.

El Dr. Luis Estrada con una visión de futuro a la creación de la Psicología Clínica y de la Salud, organiza el desplazamiento de los Psicólogos a diferentes Servicios del Hospital como: Neurología, Pediatría, Hemodiálisis, Medicina Preventiva, Obstetricia, Gastroenterología, Rehabilitación. En 1986 surge la necesidad de crear el Departamento de Psicología, con lo cual se termina la dependencia estructural del Servicio de Psiquiatría, que era una añeja práctica hospitalaria.

En la Nueva Macroestructura del Hospital Rebagliati del año 1986, el Departamento de Psicología pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, con 4 Servicios: (1) Servicio de Psicología de Salud Mental a cargo del Ps. Eduardo Valdizán, (2) Servicio de Psicología de Neuropsicología a cargo del Ps. Julio Santos, (3) Servicio

de Psicología de Rehabilitación a cargo de la Ps. Elsa Rodríguez, (4) Servicio de Psicología de Madre-Niño a cargo de la Ps. Gloria Díaz. Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación y en su desarrollo administrativo los mismos que han sido expuestos en congresos Nacionales e Internacionales.

A comienzos del año 1992, después de más de 30 años al servicio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de la seguridad Social, el Dr. Luis Amílcar Estrada de los Ríos, reconocido ícono de la Psicología en el Perú, solicita su pase al retiro, asumiendo la Jefatura del Departamento de Psicología la Ps. Gloria Díaz Acosta.

Posteriormente la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati realiza gestiones ante las autoridades a fin que Psicología nuevamente pase a depender de Salud Mental. Requerimiento que fue aceptado por las autoridades y el Departamento de Psicología es reestructurado, quedando 2 Servicios: (1) El Servicio de Psicología Hospitalaria a Cargo de la Ps. María de Carmen Torres y (2) El Servicio de Psicología de Enlace a cargo de la Ps. Gloria Díaz.

Seguidamente, al convertirse la Dirección de Salud Mental en el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Psicología pasa a convertirse en el Servicio de Psicología, a cargo de la Dra. Gloria Díaz Acosta (1995).

Luego de múltiples gestiones y con los antecedentes previos, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos, nuevamente pasa a

dependen estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.

En 1998, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Ps. Dra. Berenice de la Torre Sobrevilla. Hasta el año 2011, cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral. En el año 2013 asume la Jefatura de Psicología el Ps. Jorge Landauro Quiñe hasta el 06 Setiembre del mismo, fecha en que cede la posta al Ps. Ramón Vera Cortegana, quien ejerce la Jefatura del Servicio de Psicología hasta la actualidad.

Cabe señalar que los psicólogos pasamos momentos muy difíciles en la dependencia con Psiquiatría cuya característica principal era un clima laboral negativo para nuestras justas aspiraciones como profesionales liberales, pues esta limitación administrativa impedía el desarrollo de nuestra profesión. Con la Ley del Psicólogo se promulga el reconocimiento de la actividad final en el ejercicio profesional, que progresivamente viene implementándose, estando psicología en la seguridad social a la vanguardia del avance organizacional de la profesión en el área clínica.

Es bueno resaltar que la plana de Psicólogos por su motivación de servicio a los asegurados, no ha escatimado esfuerzos para capacitarse en Maestrías, Doctorado y Segundas Especialidades, así como un buen número de ellos ejerce la docencia en las diferentes universidades del medio.

Hoy en día el Servicio de Psicología cuenta con un staff de 39 psicólogos, distribuidos en 31 diferentes servicios médicos del hospital Rebagliati, abarcando la atención ambulatoria, hospitalización, emergencia y áreas críticas tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

3.5 Horarios de Trabajo

De lunes a sábado de 8:00 a 14:00 horas

3.6 Recursos Humanos

SALUD MENTAL	PSICOLOGOS
FARMACODEPENDENCIA	01
HOSPITALIZACION PARCIAL	03
HOSPITALIZACIÓN I-CONSULTA AMBULATORIA	03
HOSPITALIZACION II-ATENCION AMBULATORIA	02
PSICOGERIATRIA	01
INFANTO JUVENIL	01
REHABILITACION PSIQUIATRICA	01
AREAS MEDICAS:	
CARDIOLOGIA - UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	01
NEUROLOGIA - INTERCONSULTAS DE NEUROPSICOLOGIA – CONSULTA AMBULATORIA	01
NEUROCIRUGIA - INTERCONSULTA NEUROPSICOLOGIA – CONSULTA AMBULATORIA	01
NEFROLOGIA TRANSPLANTE RENAL DIÁLISIS	01
GASTROENTEROLOGIA – UNIDAD DE HIGADO	01
ENFERMEDADES SISTEMICAS	01
GINECOLOGIA – OBSTETRICIA- PSICOPROFILAXIS	01
ONCOLOGIA GINECOLOGICA Y MAMARIA	01
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION	02
INFECTOLOGIA – PROGRAMA DE HIV CONSULTA AMBULATORIA	01
OSTOMIZADOS, CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO CONSULTA AMBULATORIA	01
QUIMIOTERAPIA	01
HEMODIALISIS	01
HEMATOLOGIA	01
UCI-UCIN	03
EMRGENCIA	01
PEDIATRIA	
EMERGENCIA PEDIATRICA CONSULTA AMBULATORIA	01
CLINICA PEDIATRICA – HEMATOLOGIA CONSULTA AMBULATORIA	02
ONCOLOGIA – PEDIATRIA ESPECIALIZADA – CONSULTA AMBULATORIA	01
NEONATOLOGIA - CONSULTA AMBULATORIA NEUROPSICOLOGICA	02
NEFROLOGIA - REHABILITACION PEDIATRICA	01

Tabla 1. Recursos humanos del HNERM. Distribución de los psicólogos por servicio.

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

3.7 Estructura Funcional

La población que atiende el Servicio de Psicología está constituida por la población asegurada de la Red Asistencial Rebagliati, proveniente del nivel I y II de atención: Hospital II Angamos, Hospital II Cañete, Hospital I Uldarico Roca, Hospital Carlos Alcántara, Policlínico Pablo Bermúdez, Policlínico Larco, Policlínico Chíncha, Policlínico Próceres, Policlínico Rodríguez Lazo, Centro Médico Mala, UBAP San Isidro, UBAP Santa Cruz, UBAP Magdalena.

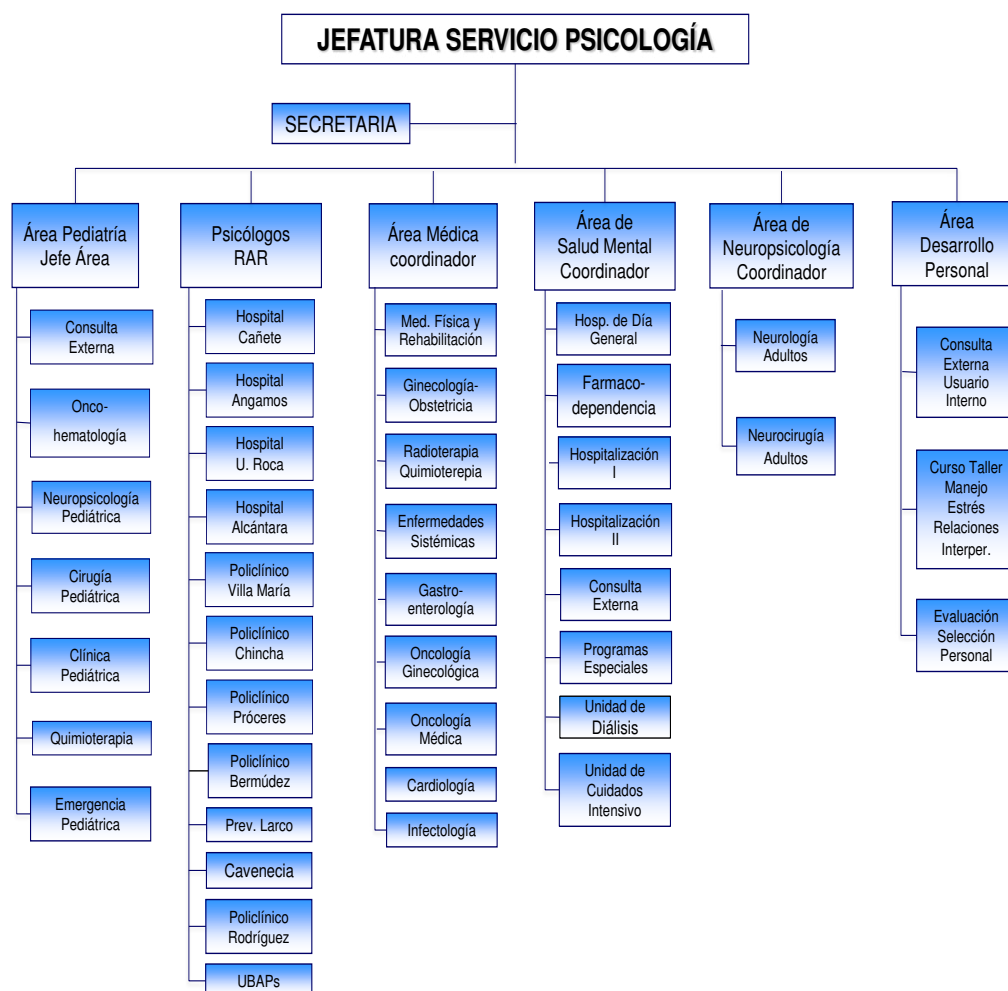


Figura 2. Organigrama de la estructura funcional de ESSALUD

3.8 Organización Funcional

Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte del Departamento de Apoyo Médico y cumple funciones de atención psicológica altamente calificada y especializada en aspectos de evaluación, diagnóstico y tratamiento tanto a nivel clínico como laboral, contribuyendo de este modo en proporcionar servicios de salud integrales y así cumplir con los objetivos institucionales.

Línea de autoridad: Jefe de Servicio - Coordinadores - Psicólogos – Secretaria- Internos de Psicología.

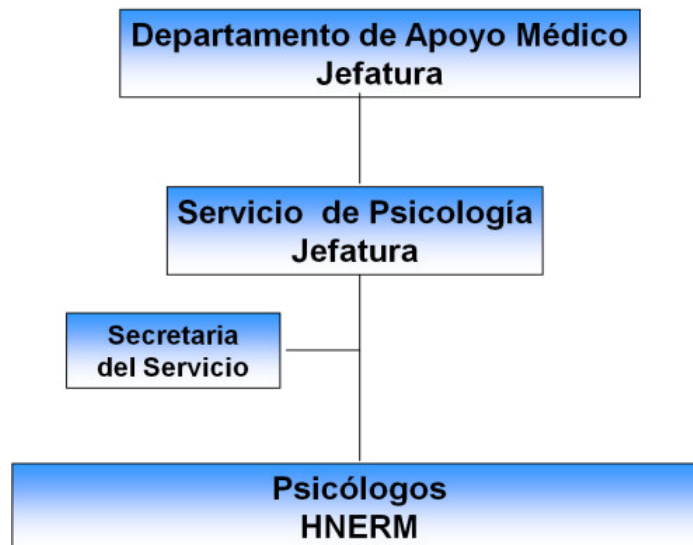


Figura 3. Organigrama de la organización del Servicio de Psicología

3.9 Objetivos

Objetivos:

- Brindar atención psicológica a los pacientes que la requieren correspondientes al nivel III, que son trasferidos de los diferentes servicios médicos o entidades.
- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.
- Proponer, ejecutar y evaluar los protocolos y procedimientos de atención psicológica, orientados a brindar un servicio eficiente, eficaz y con calidad.
- Elaborar y proponer la meta anual, la planificación de las actividades correspondientes.
- Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes y la dirigir la supervisión y evaluación del internado de psicología.
- Realizar actividades de prevención, promoción de salud psicosocial intra y extra hospitalarios en coordinación con los servicios del hospital y los centros asistenciales de menor nivel de atención.

3.10 Estadística General del Servicio de Psicología 2012 - 2013

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	U. medida	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Atención Psicológica	Atención	1728	2038	1896	2047	2252	2228	2290	2280	2608	2482	2324	2064	26237
Procedimientos de Psicológica														
Procedimientos diagnósticos de Psicología	Prueba	1559	1103	1304	1400	1400	1275	1391	1011	1039	1040	1013	1272	14807
Procedimientos terapéuticos psicológicos	Sesión	2453	2479	2584	2408	2745	2340	2177	2700	3038	3040	2771	2337	31072
Procedimientos preventivo promocionales	Sesión	743	672	852	790	729	520	510	650	338	302	382	342	6830
TOTAL														52709

Tabla 2. Distribución de las actividades atendidas en el 2012

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

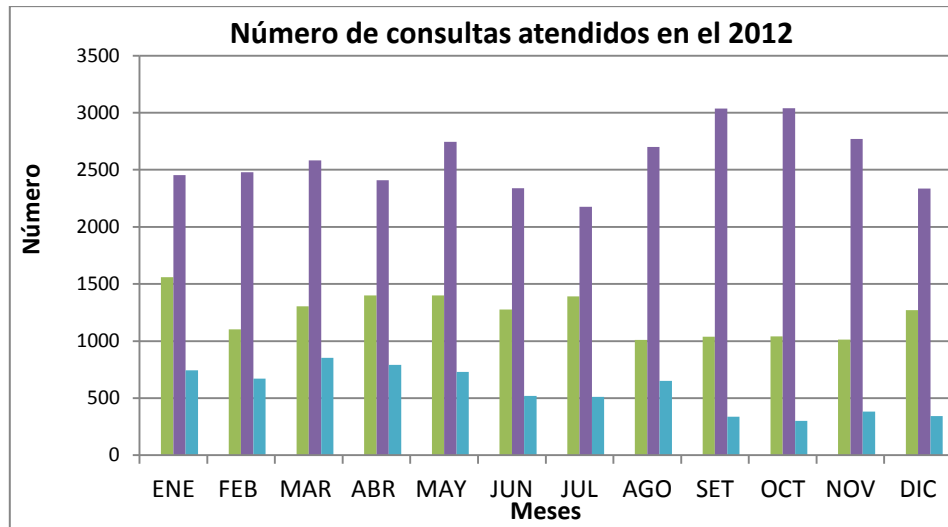


Figura 4. Número de actividades atendidas en el Servicio de Psicología

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

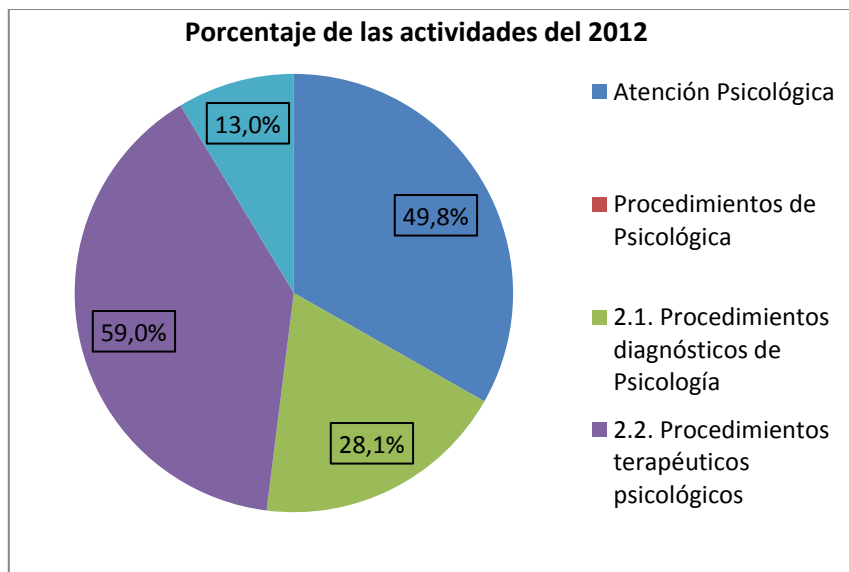


Figura 5. Porcentaje de las actividades Psicológicas del 2012

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

ACTIVIDADES	U. medida	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Atención Psicológica	Atención	2268	1911	1928	1979	2151	1981	2125	2211	1903	2113	2379	2019	24968
Procedimientos de Psicológica														
Procedimientos diagnósticos de Psicología	Prueba	1010	935	1094	1216	1197	1282	1298	1170	1378	1396	1318	1429	14723
Procedimientos terapéuticos psicológicos	Sesión	2383	2445	2439	2535	2718	2651	3011	2689	2908	2670	2953	3002	32404
Procedimientos preventivo promocionales	Sesión	475	523	591	461	463	455	523	608	359	329	584	486	5857
Total														52984

Tabla 3. Distribución de las actividades atendidos en el 2013

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

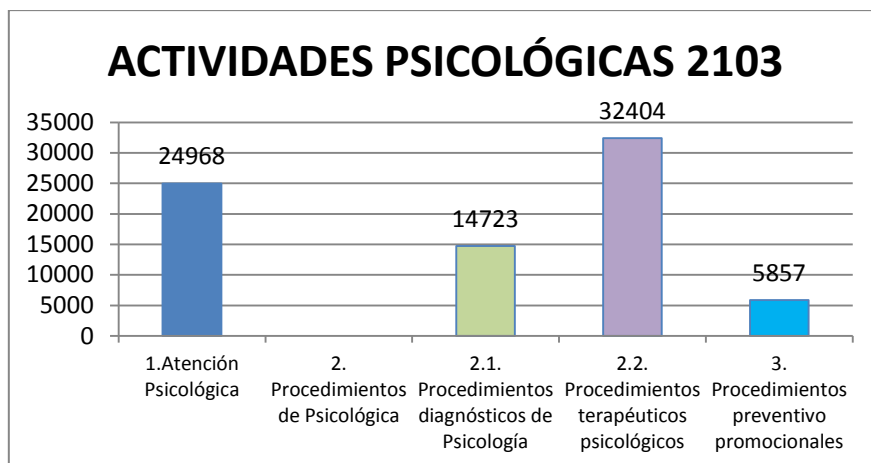


Figura 6. Número de consultas atendidas en el 2013

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

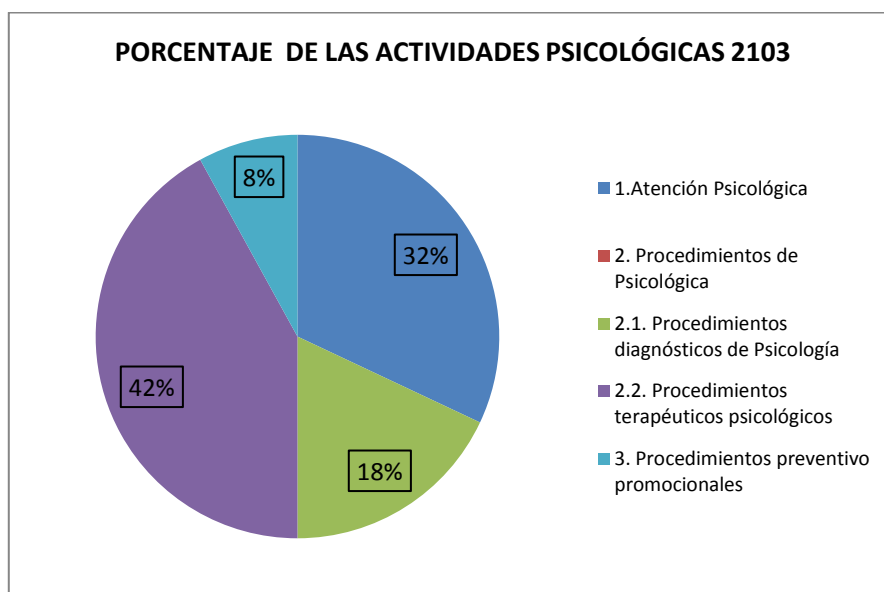


Figura 7 Porcentaje de las actividades Psicológicas del 2013

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

DIAGNOSTICOS	CODIGO TOTALES	
Trastorno De Adaptación	F-43.2	3148
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	1645
Trastorno del Habla y del Leng	F-80	226
Episodio Depresivo	F-32	958
Trastorno Cognitivo Leve	F-06.7	178
Trastorno de Conducta	F-91.	356
Trastorno Esquizofrénico	F-20	269
Trastorno de Hiperactividad	F-90	224
Demencia	F-00	387
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F-10	104
Retardo Mental	F-70	138
Retardo del desarrollo	R62	110
Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z-73	31
Otros		1124
TOTAL		8898

Tabla 4. Número de pacientes nuevos según la clasificación del CIE 10 Año -2012

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

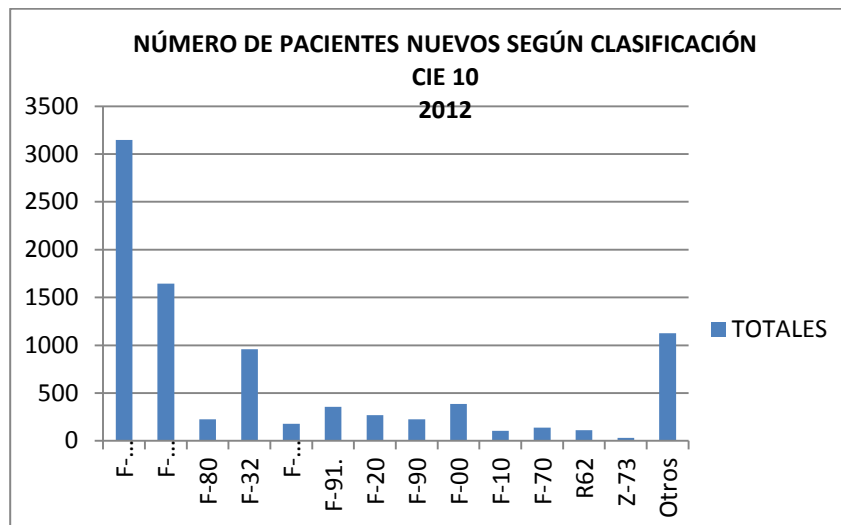


Figura 8. Número de consultas atendidas en el 2012

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

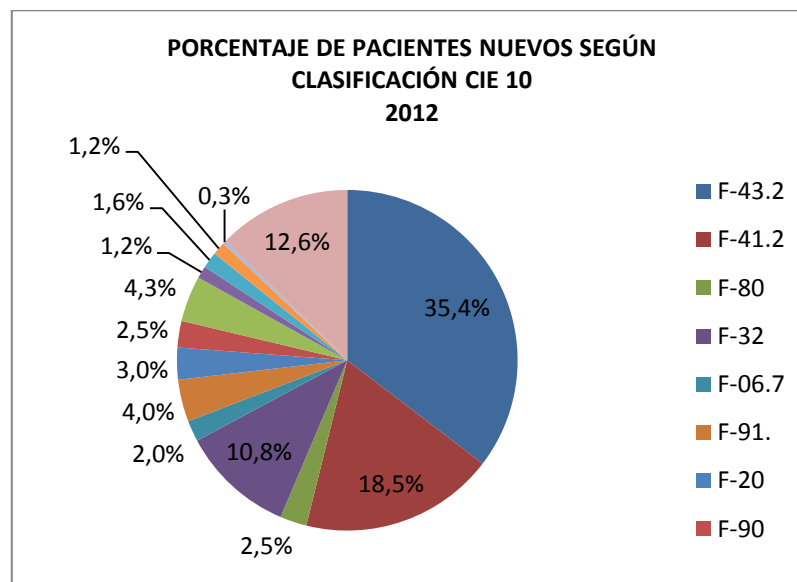


Figura 9. Porcentaje de las actividades Psicológicas del 2012

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

DIAGNOSTICOS	CODIGO	TOTALES
Trastorno De Adaptación	F-43.2	3148
Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión	F-41.2	1645
Trastorno del Habla y del Leng.	F-80	226
Episodio Depresivo	F-32	958
Trastorno Cognitivo Leve	F-06.7	178
Trastorno de Conducta	F-91.	356
Trastorno Esquizofrénico	F-20	269
Trastorno de Hiperactividad	F-90	224
Demencia	F-00	387
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol	F-10	104
Retardo Mental	F-70	138
Retardo del desarrollo	R62	110
Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida	Z-73	31
Otros		1124
TOTAL		8898

Tabla 5. Número de pacientes nuevos según la clasificación del CIE 10 Año 2013

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

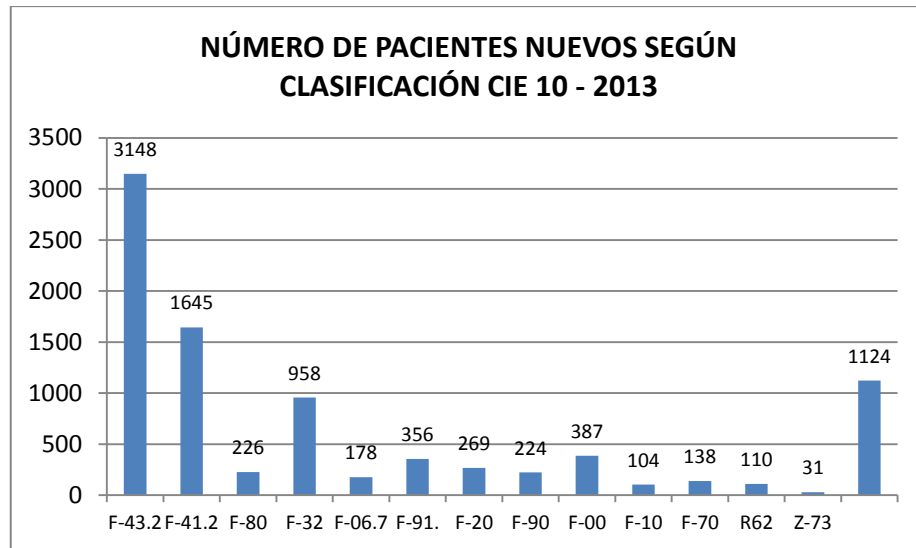


Figura 10. Número de pacientes nuevos atendidos- Año 2013

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

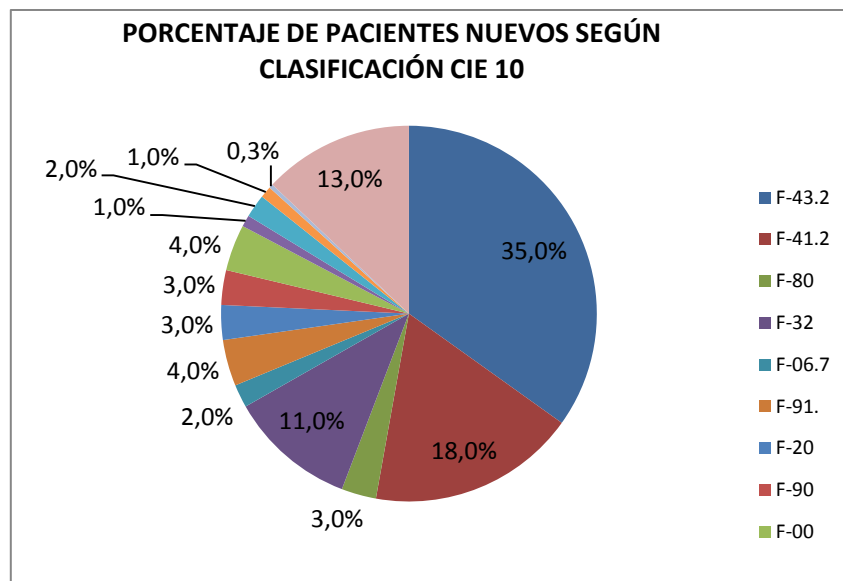


Figura 11. Porcentaje de pacientes nuevos según la clasificación del CIE 10 Año 2013

Fuente: Oficina de Gestión y Desarrollo del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

3.11 Funciones del Servicio de Psicología

Funciones Generales

- Diseñar o participar y aplicar el Plan de Trabajo Anual.
- Realizar entrevista psicológica y determinación de riesgo.
- Seleccionar y, aplicar pruebas psicológicas
- Realizar evaluación y determinar diagnóstico del paciente.
- Realizar la calificación e interpretación de pruebas psicológicas.
- Expedir Informe Psicológico.
- Atender Interconsultas.
- Aplicar tratamiento psicoterapéutico Individual adoptando la modalidad de intervención acorde a la patología y características del paciente.
- Aplicar tratamiento psicoterapéutico a parejas y/o familia.
- Aplicar tratamiento psicoterapéutico grupal.
- Monitorear el tratamiento psicológico del paciente.
- Brindar educación continua al paciente y/o familia
- Extender el alta psicológica y/o seguimiento.
- Participar en las actividades preventivo-promocionales.
- Proponer y desarrollar trabajos de investigación.
- Integrar los diferentes comités hospitalarios y/o aquellos que proponen la Institución.
- Promocionar y difundir campañas de Salud Psicológica.
- Desarrollar talleres preventivos y recuperativos al personal de la Institución.
- Realizar talleres de desarrollo personal
- Dar atención terapéutica y asesoría a familiares
- Participar en las actividades de emergencias y desastres.
- Registrar el parte diario de Atención Psicológica.

- Participar e intervenir en las reuniones administrativas de Servicio

Reporta a: Coordinador de Psicología

Supervisa a: Internos, Serumistas, Pasantes.

Coordina:

- Internamente: Otras especialidades
- Externamente: Organismo interinstitucionales

Funciones específicas

- Elaborar propuestas de programación asistencial del servicio, en función al cumplimiento de metas aprobadas, la variación de la demanda, disponibilidad de oferta, rendimientos, estándares; acorde a las normas vigentes. Ejecutar y controlar el cumplimiento de la programación aprobada, y realizar acciones correctivas.
- Evaluar los resultados alcanzados por el servicio mediante indicadores y ejecutar las medidas correctivas.
- Organizar, ejecutar y controlar la atención psicológica oportuna a pacientes que requieren evaluación, diagnóstico, tratamiento recuperación y rehabilitación de la conducta, funciones psicológicas o estado emocional, en el marco de los protocolos y normas técnicas., y de seguridad vigente.
- Atender con oportunidad y prontitud las interconsultas de otros servicios y coordinar las atenciones complementarias que requieren los pacientes.
- Elaborar, actualizar y aplicar los protocolos, manuales de procedimientos y otros documentos de gestión.
- Realizar un correcto registro de las solicitudes, atenciones psicológicas, y resultados en los formularios establecidos y en los sistemas informáticos institucionales. Ejecutar acciones correctivas.

Capacidad resolutoria del servicio de psicología

RESUELVE	NIVEL		
	I	II	III
Evaluaciones Neuropsicológicas Psicológicas (adultos y niños)			X
Evaluaciones psicológicas (adultos - niños)		X	X
Restitución y Tratamiento de habilidades afectivas, cognitivas, volitivas: Adultos, Infanto-Juvenil, geriátricos			X
Entrenamiento individual en habilidades sociales y afectivas en enfermedades médicas de menor complejidad.	X	X	X
Tratamiento			
Trastorno de Conducta y Comportamiento			X
Trastorno de Lenguaje y Habla			X
Trastornos Del Aprendizaje			X
Trastornos Mixtos (Lenguaje-Aprendizaje)			X
Déficit de atención-hiperactividad			X
Retardo simple del lenguaje		X	
Trastornos emocionales	X	X	X
Psicoterapia individual		X	X
Psicoterapia de grupo		X	X
Psicoterapia especializada. Programa de Hospitalización Parcial (individual grupal)			X
Terapia de familia		X	X
Dinámicas de grupo	X	X	X
Logoterapia en pacientes con situaciones límites			X
Intervención en crisis (pacientes-familia) en estado crítico, terminales y de alto riesgo			X
Intervención en crisis paciente-familia con reacciones de ansiedad y/o depresión	X	X	X
Psicoprofilaxis (talleres): Memoria, Autoestima, Relajación, Escuela de padres, estimulación temprana	X	X	X
Detección precoz de riesgos psicológicos	X	X	
Consejería-Intervención riesgos	X	X	
Consejería-intervención de riesgos añadidos a patologías complejas			X
Campañas de Salud (prevención y promoción)	X	X	X
Educación grupal	X	X	X
Medicina Complementaria	X	X	
Cuidados Paliativos-Medicina Complementaria			X

Tabla 6. Actividades que realiza el Servicio de Psicología

IV. GESTION DE LA JEFATURA DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

4.1 Nombre del cargo

JEFE DE SERVICIO ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE PSICOLOGIA

4.2 Funciones del cargo

Función principal del Cargo:

Cumplir con los objetivos y metas contenidos en el plan de salud del Hospital, así como, dirigir, supervisar, el desarrollo de las actividades del Servicio para la adecuada prestación de los servicios de salud a los asegurados.

Funciones específicas del Cargo:

- Formular y proponer al Jefe de Departamento las metas y programas de acción del Servicio, acorde con los lineamientos de política y a los planes del Hospital.
- Organizar, dirigir y supervisar el funcionamiento eficiente del Servicio.
- Formular los documentos técnicos normativos (Manuales de Organización y Funciones, Normas y Procedimientos) y supervisar su correcta aplicación
- Verificar y coordinar la correcta aplicación de los criterios de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Analizar los indicadores de producción y productividad del Servicio, efectuando reuniones con el personal a su cargo y disponiendo las acciones que permitan alcanzar los estándares fijados.

- Aprobar y supervisar la programación operativa del Servicio, incluyendo turnos de trabajo, guardias, consulta externa, actos quirúrgicos, capacitación, vacaciones, entre otros.
- Dirigir y controlar las actividades del personal e Internos, de acuerdo con las normas de adiestramiento y capacitación, así como promover la investigación científica.
- Ingresar y/o registrar en la computadora asignada por la Institución, con los niveles de acceso autorizados, los datos e información para la correcta explotación de los aplicativos de su ámbito.
- Coordinar y mantener permanentemente informado al Jefe de Departamento Asistencial sobre las actividades que desarrolla y cumplir otras funciones afines que le asigne.

Relaciones:

Reporta a: Jefe de Departamento Asistencial

Supervisa a: Personal a su cargo

Coordina:

Internamente: Servicios Asistenciales, Oficinas Administrativas y Centros Asistenciales de la Red.

Externamente: No coordina

V. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

5.1 Nombre

SERVICIO DE HOSPITALIZACION PARCIAL

5.2 Descripción

Hospitalización parcial es un servicio que atiende pacientes con las siguientes patologías: distimia, trastornos mixtos, trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación y estrés que impiden o dificultan su desenvolvimiento general, social, familiar y laboral; bajo la modalidad de clínica de día, brindando atención especializada en evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico intensivo, desde una perspectiva multidisciplinaria.

Hospitalización Parcial cuenta con 2 modalidades de tratamiento: la unidad de Hospital de Día y la unidad de Terapia Grupal. Cuenta con tres equipos terapéuticos cada uno conformado por un médico psiquiatra, psicólogo, enfermera y asistente social.

En la unidad de Hospital de día los pacientes están agrupados en 3 Grupos, A, B y C con un número no mayor de 20 pacientes cuyo tratamiento tendrá una duración de 45 a 60 días.

En la Unidad de terapia Grupal (Grupos D, E y Habilidades Sociales) el número de pacientes es de 15 en promedio, los cuales vienen una vez por semana (de 12m a 4pm) cumpliendo un promedio de 20 sesiones de terapia.

Los pacientes vienen referidos de las clínicas de la red y de otros centros asistenciales pertenecientes a otras redes, debido que este servicio es único en su modalidad en EsSalud.

5.3 Visión

Ser líder en la prestación de servicios de hospitalización parcial y terapias en salud mental, capacitación, docencia e investigación relacionadas, en el

Perú y América Latina, basado en una organización inteligente, altamente especializada, competitiva, con calidad y calidez.

5.4 Misión

Brindar servicios de hospitalización parcial y terapias en salud mental a nuestros clientes con calidad y calidez, contribuyendo a su reintegración en la sociedad en óptimo estado de bienestar y productividad.

5.5 Objetivos

- Programar las actividades de evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico en el Servicio de Hospitalización Parcial.
- Programar los talleres educativos y actividades de coordinación, capacitación e investigación del Servicio de Hospitalización Parcial.
- Recuperar la salud mental de los clientes que la requieran proporcionando hospitalización parcial, control y seguimiento de la más alta calidad técnica científica, contribuyendo a la reintegración en la sociedad en óptimo estado de bienestar y productividad.
- Favorecer el desarrollo humano de los clientes proporcionando talleres y terapias en salud mental.
- Impartir docencia según normas establecidas y efectuar investigación relacionada con el servicio y acorde con la política de la Institución.

5.6 Organización funcional

Es un órgano que estructural y funcionalmente forma parte de la Gerencia Clínica y coordina internamente con las áreas de hospitalización, emergencia, consulta externa y áreas médicas.

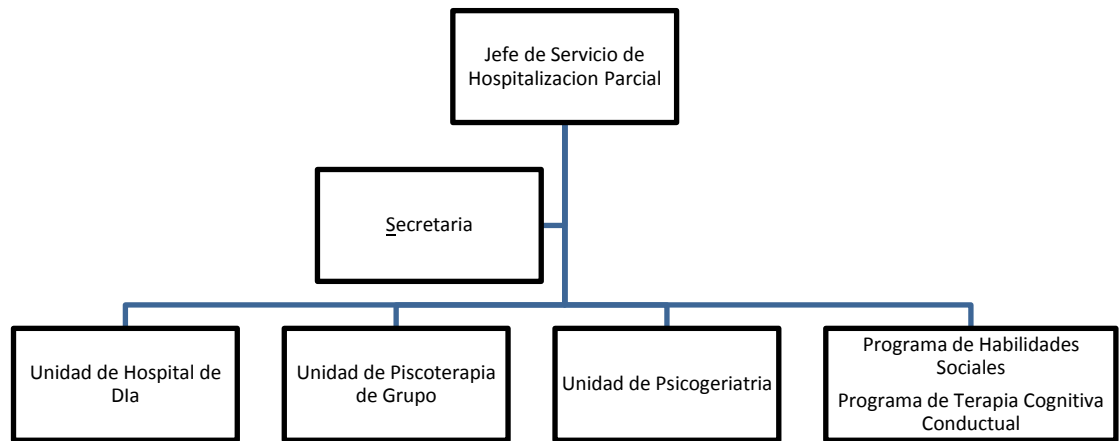


Figura 12. Organigrama de la organización funcional del Servicio de Hospitalización Parcial

5.7 Recursos

Recursos Humanos:

- 3 Psicólogos:
 - Grupos A y D : Ps. Rosa Tamayo Vargas
 - Grupos B y de Habilidades Sociales : Ps. Ramón Vera Cortegana
 - Grupos C y E : Ps. Raquel Alvarado Ríos

Recursos Materiales:

- Test de Inteligencia Emocional de Barón
- Inventario Multiaxial de la Personalidad de Millón
- Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI
- Test de Benton
- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Ambientes de terapia
- Colchonetas y cojines
- Lápices de colores, cartulinas y temperas
- Hojas de papel bond, lápices, borradores, tajadores y lapiceros
- Cuadernillos y hojas de Respuesta de los test de Barón, Millón, MMPI

5.8. Estadística individual 2012-2013

Mg. Ramón Vera Cortegana

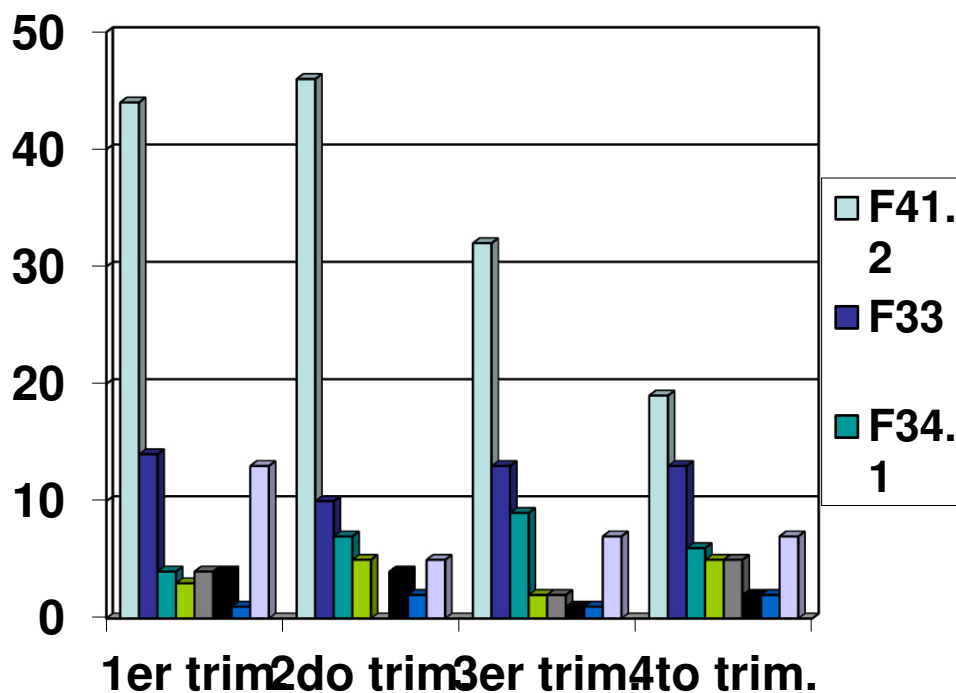


Figura 13. Diagnósticos más frecuentes en Hospital de Día

5.9 Descripción de las Actividades Psicológicas

Son las actividades que realiza el psicólogo en atención ambulatoria, hospitalización y Medicina Complementaria:

➤ Atención psicológica

Conjunto de actividades psicológicas que tienen por finalidad determinar el riesgo o daño psicológico y plan de intervención respectivo para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente. Las cuales se realizan en atención ambulatoria, hospitalización y en Medicina Complementaria.

❖ Atención Ambulatoria

Definición:

Atención que se brinda al paciente asegurado derivado o referido por el médico tratante u otro especialista cuya finalidad es determinar el riesgo o daño psicológico y el plan de intervención para la recuperación, rehabilitación o curación del paciente.

Objetivos:

Definir las características psicológicas, sociales o el estado mental del paciente: psicopatología que presenta previa, comórbida o consecuencia de la enfermedad de dolor.

Materiales:

Historia clínica, formatos de psicologías, pruebas

Responsable:

Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención, historia clínica

Descripción de los pasos

1. Revisar los antecedentes pertinentes de la historia clínica
2. Entrevistar al paciente o al familiar ser el caso, observando el desempeño y comportamiento.
3. Elaborar la anamnesis psicológica: Problema actual, antecedentes, impacto psicológico y el nivel de ajuste.
4. Realizar la evaluación diagnóstica con el objetivo de conocer las habilidades, potenciales y limitaciones de los componentes psicológicos del paciente.
5. Elaborar el plan de trabajo psicológico de acuerdo al caso:
6. Para diagnóstico: Pruebas psicológicas
7. Para tratamiento: Procedimientos terapéuticos y/o consejería.
8. Para orientación laboral:
9. Indicar diagnóstico en concordancia con el CIE 10.
10. Elaborar informe.

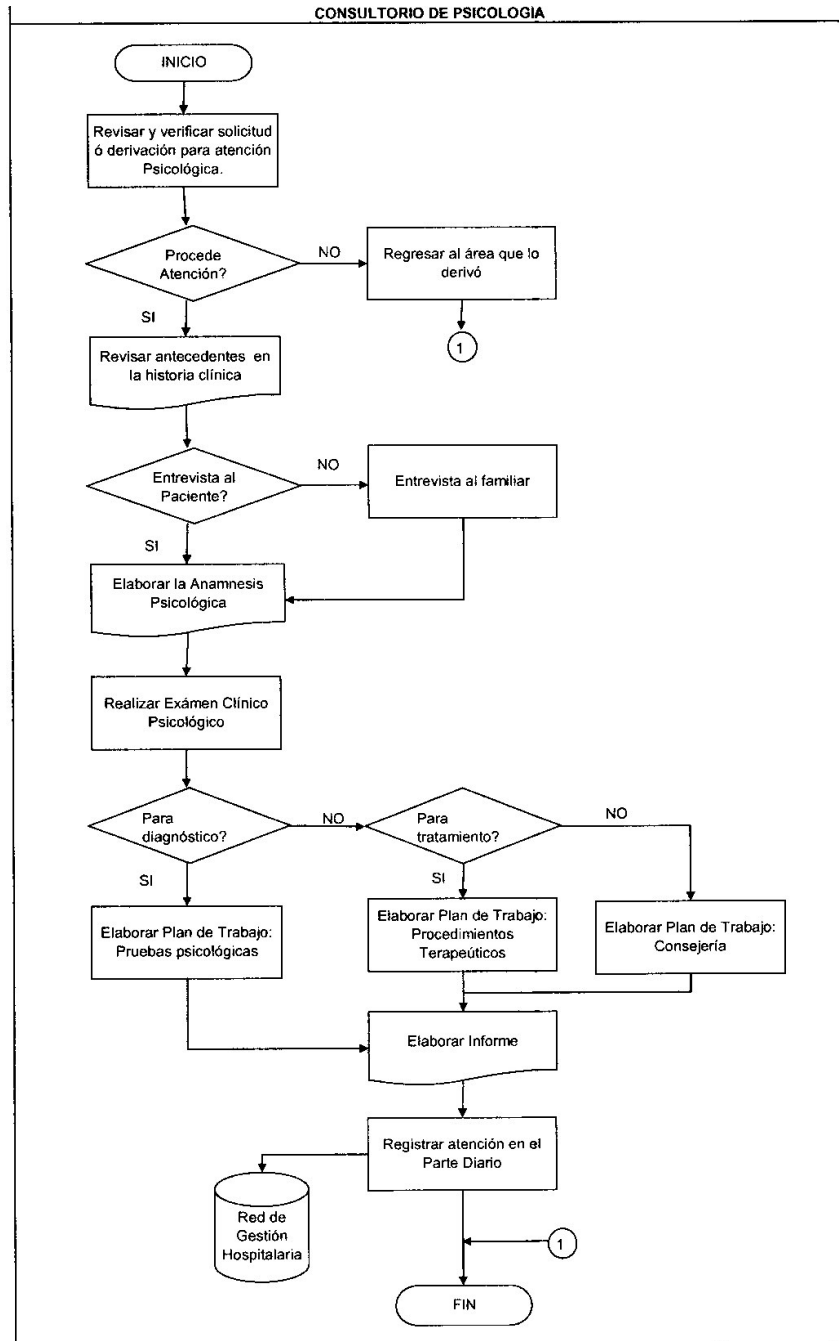


Figura 14. Flujograma de la atención en consulta externa

➤ **Procedimientos Diagnósticos Psicológicos**

Acciones realizadas por el psicólogo que se utilizan para determinar daño, riesgo o perfil psicológico, aplicando para ello pruebas psicológicas y/o neuropsicologías. Incluye Medicina complementaria.

❖ **Evaluación Psicológica**

Definición:

Actividad psicológica que consiste en la aplicación de una prueba o batería psicológica/o neuropsicológica para diagnóstico de daño, riesgo, perfil u orientación.

Objetivos:

- Determinar el riesgo o daño a través de un procedimiento diagnóstico.
- Identificar riesgos o determinar daño.
- Identificar potencialidades de la persona.

Materiales:

Historia clínica, pruebas psicológicas (protocolo de respuestas, manuales técnicas), sala de procedimientos, cronómetro, útiles de escritorio.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Tener cita o requerimiento de evaluación.

Descripción de los Pasos

1. Revisar y verificar la indicación del requerimiento de aplicación de pruebas psicológicas. (Revisar el plan).
2. Entrevistar al paciente, observando el desempeño y comportamiento.
3. Seleccionar la prueba según el caso y características del paciente y determinar el número de sesiones para la aplicación de la misma.
4. Aplicar las prueba(s) psicológica(s) seleccionada(s).
5. Registrar en la historia clínica las pruebas aplicadas y la conducta del paciente durante la Aplicación.
6. Elaborar el informe psicológico y anexarlo a la historia clínica.
7. Establecer el plan de recuperación o rehabilitación o curación del paciente en los casos que corresponda y citar al paciente la familia o tutor.
8. Registrar atención en el parte diario.

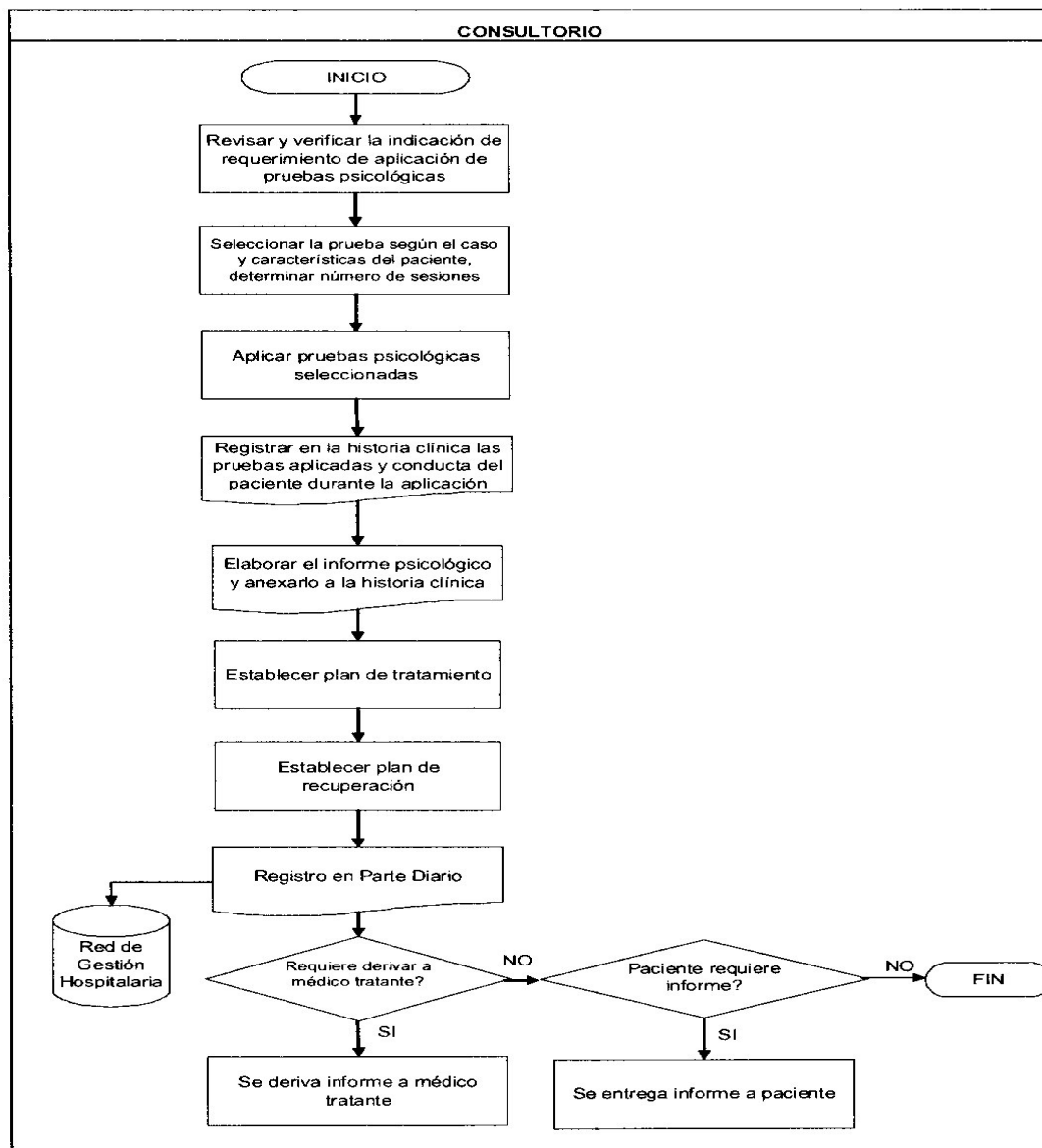


Figura 15. Flujograma del procedimiento de diagnóstico

❖ **Consulta Externa de Psicología**

Definición:

Es el conjunto de actividades y procedimientos psicológicos que se realizan ambulatoriamente en Consultorios Externos a pacientes que provienen por solicitud de atención directa, interconsulta o referencias.

Objetivos:

Brindar atención especializada: Entrevista, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Materiales:

Documento de Identidad, Ticket de Atención por solicitud directa, interconsulta y/o referencia, historia clínica.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención, historia clínica.

Descripción de los pasos

1. Revisión de la historia clínica.

2. Entrevistar al paciente observando el desempeño y comportamiento.
3. Elaborar la historia clínica psicológica consignando antecedentes y problema actual. En caso de niños y discapacitados se corrobora con los datos proporcionados por los padres, familiares o tutores.
4. Realizar la evaluación diagnóstica con el objetivo de conocer las habilidades, potenciales y limitaciones de los componentes psicológicos del paciente.
5. Establecer requerimientos de evaluación psicométrica, proyectiva, neuropsicológica u otros.
6. Elaborar programa de tratamiento psicoterapéutico.
7. Referencia o Contrarreferencias.
8. Consejería u orientación al paciente.
9. Elaborar informe o evolución e indicar diagnóstico en concordancia con el CIE 10.

➤ **Procedimientos Terapéuticos Psicológicos**

❖ **DIBUJOTERAPIA**

Definición:

Actividad grupal que utiliza la expresión gráfica como instrumento de diagnóstico y terapéutico. Como actividad diagnóstica facilita el reconocimiento de los conflictos internos del paciente, de sus conductas desadaptativas y sus recursos y potenciales

psicológicos. Como actividad psicoterapéutica, el dibujo permite la movilización de emociones relacionados a un conflicto en particular que conllevará al trabajo terapéutico.

Objetivos:

- Identificar conflictos intrapersonales e interpersonales
- Enseñar a manejar adecuadamente sus emociones
- Reestructurar de pensamientos irracionales
- Mejorar los niveles de autoestima
- Optimizar la dinámica familiar
- Desarrollar habilidades sociales

Requisitos:

- Ambiente amplio iluminado y ventilado que proporcione condiciones de privacidad.
- Grupo de pacientes conformado por no más de 20 personas.
- Hojas de papel, lápices de colores, cuadernillo de temas impreso y ficha de evaluación

Alcance:

Para todos los pacientes del servicio

Descripción de Acciones

1. Distribución del material
2. Dar instrucciones
3. Elección del tema y color a utilizar
4. Ejecución del dibujo e interpretación de los simbolismos gráficos para la identificación del conflicto.
5. Aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva, gestálticas, racional emotiva y análisis transaccional.
6. Evaluación de la actividad

❖ Terapia de Cierre

Definición:

Es la actividad terapéutica que tiene por finalidad lograr que el paciente disminuya o elimine los remanentes de la tensión producida por el trabajo de sus conflictos durante la psicoterapia a través de técnicas de relajación y de ejercicios orientados a potenciar sus recursos y habilidad que contribuyan al autoconocimiento y autoaceptación.

Se realiza dos veces por semana con una duración de 2 horas

Objetivos:

- Reforzar los aspectos positivos del paciente.
- Conseguir la relajación personal.
- Lograr la expresión de emociones auténticas
- Afianzar la confianza
- Facilitar el autoconocimiento y la autoaceptación

Requisitos:

- Grupo de pacientes conformado por no más de 20 pacientes.
- Ambiente físico: sala de terapia que cuente con ventilación, iluminación adecuada.
- Equipo de música.

Descripción de Acciones

1. Preparar el ambiente
2. Elección de la técnica terapéutica a realizarse en función al trabajo psicoterapéutico y a la evolución del grupo:
 - Ronda de confianza
 - Alzando y meciendo
 - Caricias verbales
 - Caricias físicas
 - Intercambio de defectos por virtudes.
 - Exageración de virtudes
 - Animales en expresión de agresión, alegría y afecto.
 - “Yo quiero decirte que...”
 - “Lo que tú no sabes de mí...”
 - Ejercicios de relajación.
 - Ronda de “darse cuenta”
3. Se procede a dar las instrucciones propias de cada
4. Aplicación de la técnica
5. Se procede a la expresión de sentimientos de los pacientes y de su “Darse Cuenta” que permita incrementar su autoconocimiento
6. Evolucionar en las Historias Clínicas

❖ **Terapia Psicológica Individual**

Definición:

Procedimiento terapéutico realizado por el psicólogo al paciente para recuperar, rehabilitar, curar las funciones cognitivas emocionales y comportamentales afectadas. Este tipo de terapia es multimodal.

Objetivos:

- Restituir, recuperar, rehabilitar o curar al paciente afectado, incrementando o potenciando sus habilidades y destrezas.
- Adaptación a su entorno familiar, social y laboral.

Materiales:

Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Indicación del procedimiento terapéutico.

Descripción de los pasos

1. Recepcionar al paciente y al familiar, en caso de niños o personas con discapacidad.
2. Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.
3. Revisar Historia Clínica.
4. Informar al paciente y/o familiar sobre los objetivos y la forma de aplicación y seguimiento del plan terapéutico.
5. Aplicar métodos y técnicas psicoterapéuticas multimodales.
6. Asignar tareas a cumplir fuera de la consulta.
7. Evaluar el avance y reformular o continuar el plan psicoterapéutico.
8. Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros del paciente.
9. Revisar lo aprendido por el paciente y su uso futuro.
10. Realizar entrevista final previa al alta. En la que puede participar la pareja o familiar.
11. Elaborar el alta.
12. Registrar atención en el parte diario.

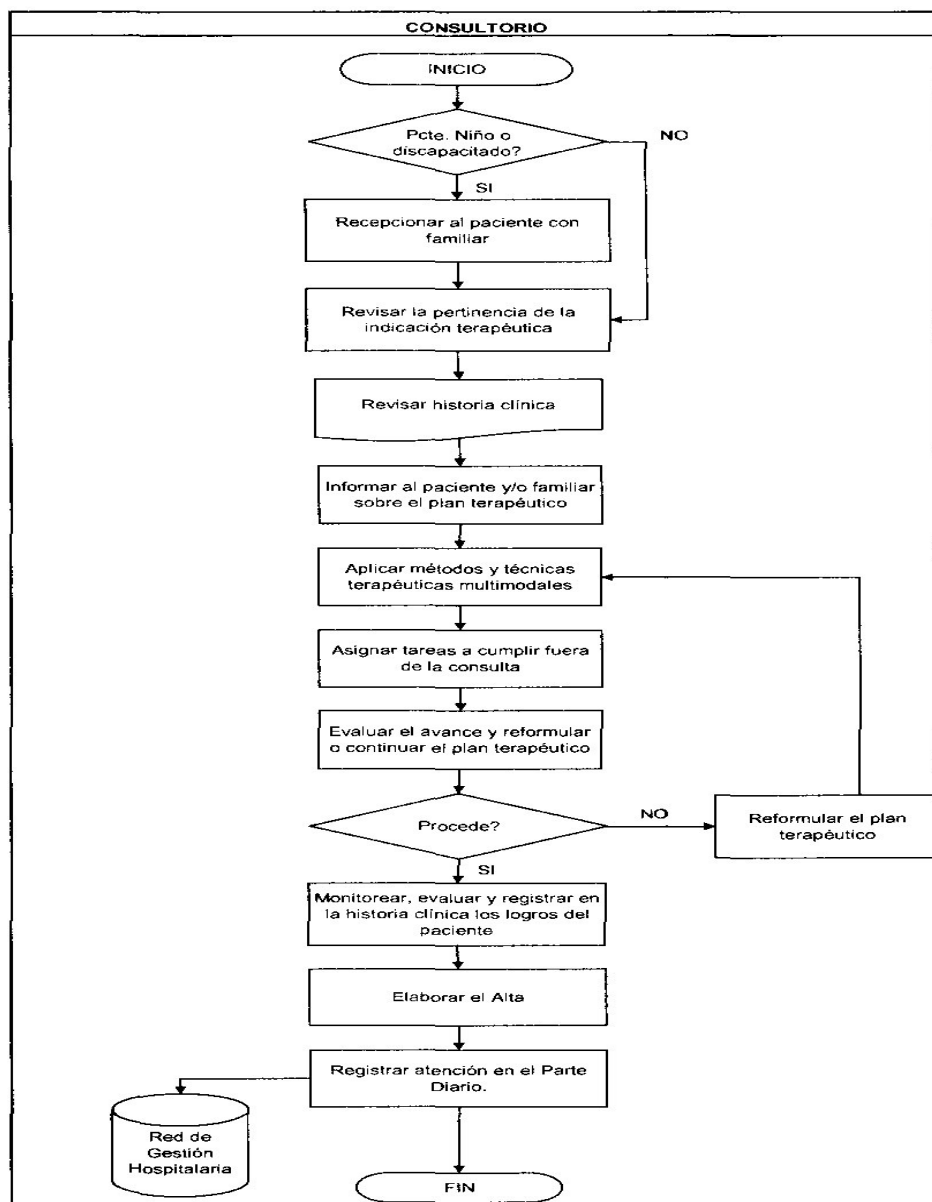


Figura 16. Flujograma de terapia individual

❖ **Terapia Psicológica Grupal**

Definición:

Actividad psicoterapéutica que se realiza conjuntamente con el profesional psiquiatra en la Psicoterapia Grupal. Duración de la actividad: 2.5 horas y se realiza 2 veces por semana

Objetivos:

- Identificar las figuras conflictos que generan los síntomas que trae el paciente y que ocasionan desadaptación con el medio familiar, social y laboral.
- Favorecer la expresión de las emociones auténticas.
- Reestructuración de los pensamientos y emociones distorsionadas que tiene el paciente e impide su bienestar emocional.
- Lograr el “darse cuenta” o toma de conciencia que favorezca la decisión de nuevas conductas adaptativas.

Requisitos:

1. Grupo de Pacientes conformado por no más de 20 pacientes
2. Ambiente físico: Sala de Terapia
3. Materiales: colchonetas, cojines

Responsable:

El Psicólogo

Descripción de los pasos

1. Elección del paciente que será sometido al proceso psicoterapéutico.
2. Elección de la figura de conflicto a trabajar.
3. Aplicación de las técnicas para el logro de los objetivos planificados para el paciente:
 - Gestálticas: Expresivas, supresivas, e integrativas
 - Psicodramáticas: Caldeamiento, Psicodrama Gestáltico
 - Análisis Transaccional: Juegos Psicológicos, Análisis de las transacciones
4. Las técnicas aplicadas pasan por las siguientes fases:
 - Trabajo de movilización y expresión de las emociones auténticas
 - Identificación del conflicto
 - Reconocimiento de los pensamientos distorsionados y de las emociones reprimidas
 - Identificación de su responsabilidad en el manejo de sus emociones y conductas desadaptativas en su vida.
 - Reestructuración de la percepción de sí mismo y de su entorno.
 - Toma de nuevas decisiones en el manejo de su vida personal.
5. Evaluar los avances logrados por el paciente.
6. Evaluar el efecto terapéutico y/o identificación de conflictos en los demás miembros del grupo
7. Cierre de la Psicoterapia
8. Evaluación de los miembros del equipo multidisciplinario del trabajo realizado.

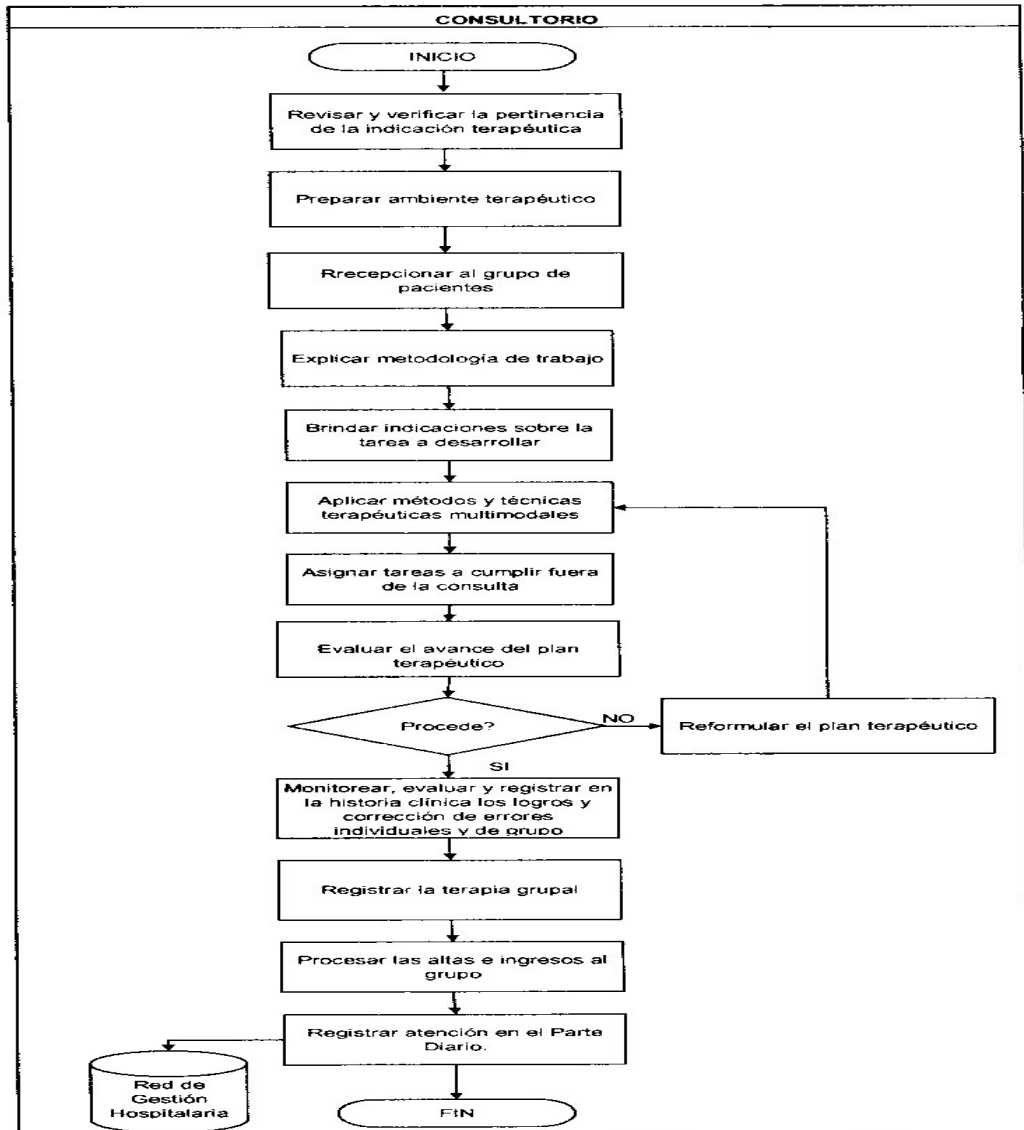


Figura 17. Flujograma de la terapia grupal



Figura 18. Grupo de psicoterapia Gestalt

❖ **Terapia Psicológica de Pareja**

Definición:

Procedimiento especializado realizado a la pareja para recuperar, rehabilitar, modificar sus interacciones.

Objetivos:

- Identificar el sistema relacional.
- Restituir, recuperar, rehabilitar y modificar el sistema de interacción de la pareja para una adecuación en su entorno familiar y social.

Materiales:

Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Indicación del procedimiento terapéutico.

Descripción de los pasos

1. Recepcionar a la pareja.

2. Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.
3. Explicar la metodología de trabajo.
4. Establecer el contrato terapéutico para fortalecer el compromiso a través de la comunicación asertiva.
5. Determinar el sistema de interacciones y los reforzadores de su mantenimiento.
6. Categorizar los mensajes y el uso apropiado de la comunicación.
7. Establecer las conductas a seguir en el intervalo de las citas.
8. Evaluar el avance y reformular o continuar el plan psicoterapéutico.
9. Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los logros y corrección de errores de la pareja.
10. Hacer uso de los reforzadores de acuerdo al avance.
11. Registro de la terapia de pareja.
12. Registrar atención en le parte diario.

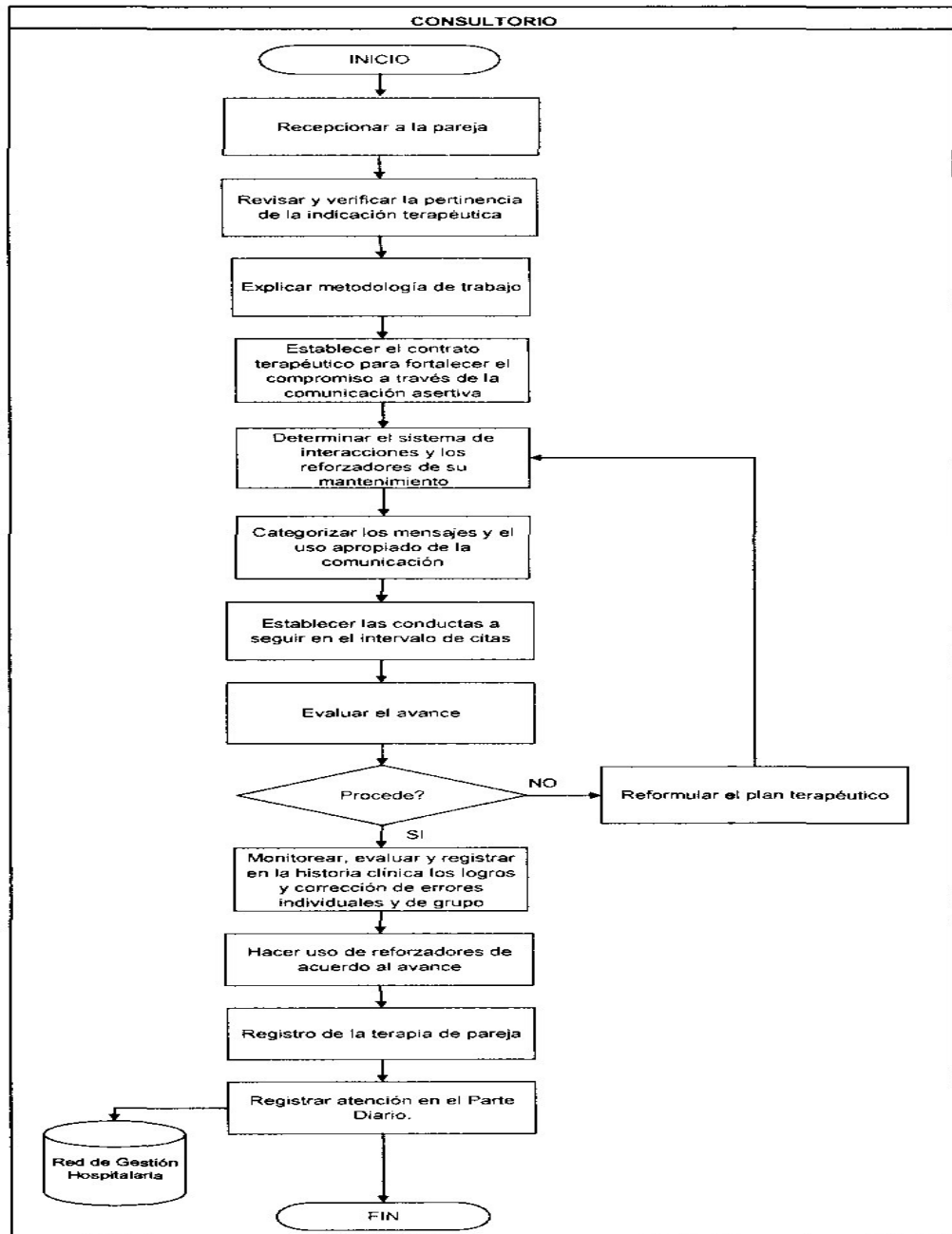


Figura 19. Flujograma de terapia pareja

❖ **Terapia Familiar**

Definición:

Procedimiento especializado realizado por el psicólogo para recuperar, rehabilitar, modificar y potenciar los recursos de la familia a fin de cambiar el sistema de interrelación.

Objetivos:

- Identificar el sistema comunicacional.
- Restituir, recuperar, rehabilitar y modificar el sistema de interacción familiar.

Materiales:

Historia clínica, fichas, formatos y protocolos de seguimiento.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Previa consulta psicológica y, de ser necesario, evaluación Psicológica.

Descripción de los pasos

1. Recepcionar a la familia e identificar los miembros que la componen.
2. Revisar y verificar la pertinencia de la indicación terapéutica.
3. Establecer el contrato terapéutico para fortalecer el compromiso a través de la comunicación asertiva.
4. Puntualizar las interacciones, mensajes, roles, pautas de comunicación de los miembros.
5. Plantear las estrategias de intervención dirigidas a redefinir el problema de la familia.
6. Prescribir tareas para cada uno de los miembros de la familia dirigidas hacia el cambio.
7. Utilizar técnicas terapéuticas de acuerdo al caso.
8. Evaluar el avance y reformular o continuar el plan terapéutico.
9. Monitorear, evaluar y registrar en la historia clínica los resultados y objetivos logrados.
10. Registro de la terapia de familia.
11. Registrar atención en el parte diario.

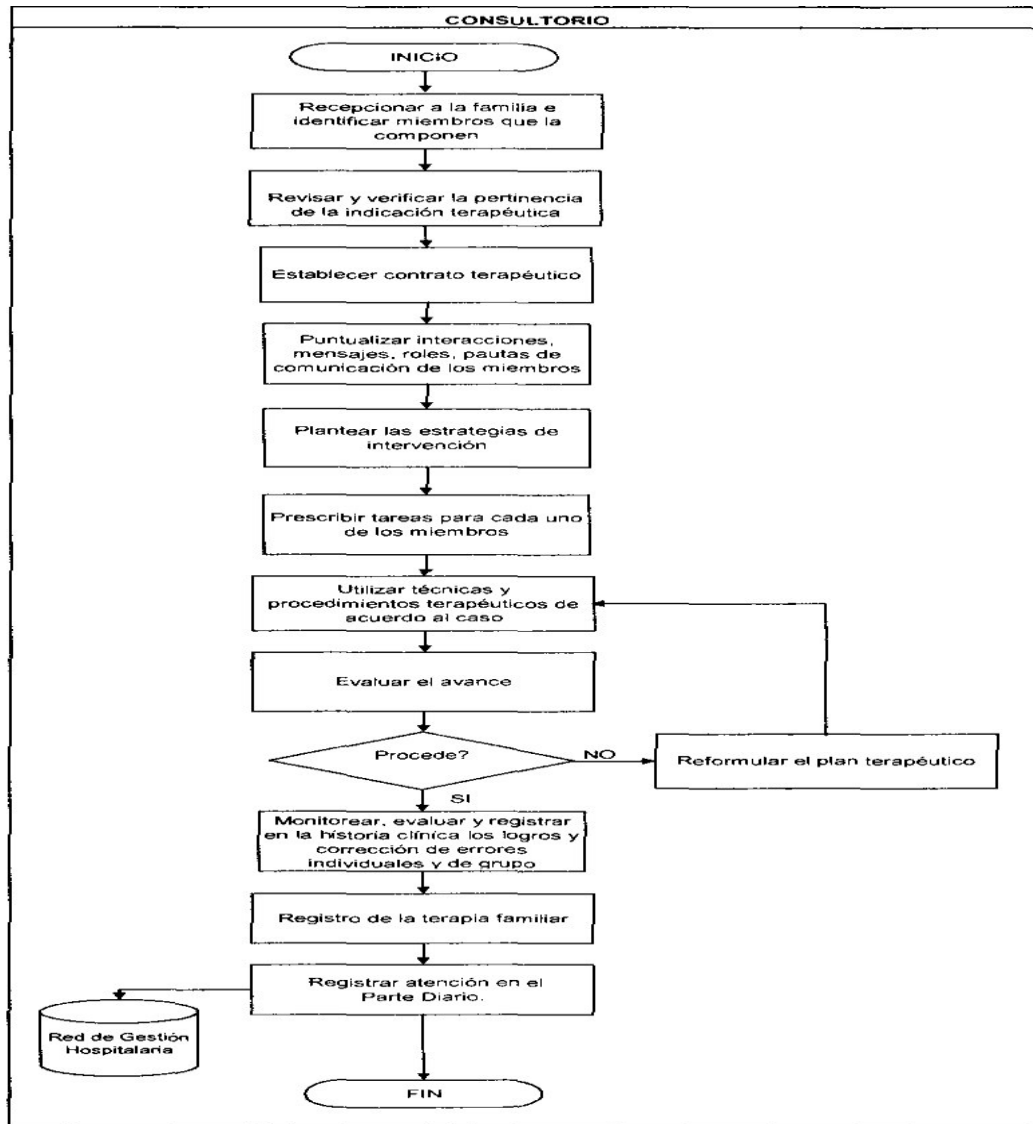


Figura 20. Flujograma de terapia familiar

❖ Interconsulta a Pacientes Hospitalizados

Definición:

Consulta psicológica especializada: entrevista, evaluación e intervención psicoterapéutica por interconsulta o determinada en visita del equipo multidisciplinario.

Objetivos:

- Brindar atención psicológica especializada de entrevista, evaluación y tratamiento para determinar los factores psicológicos que interfieren el proceso de la intervención médica y reestructurar o potenciar los recursos internos del paciente para que coadyuve a la eficacia de su recuperación física.

Materiales:

Interconsulta, historia clínica, formatos, prueba psicológica.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Interconsulta. Historia clínica

Descripción de los pasos

1. Recepcionar y programar la interconsulta.
2. Revisar la historia clínica.
3. Entrevistar, observar y realizar breve historia clínica psicológica.
4. Proceder a evaluación diagnóstica y si el caso lo amerita evaluación psicométrica, proyectiva y/o neuropsicológica.
5. De ser necesario citar a pareja y/o familiares.
6. Entrevistar, observar y recolectar información de pareja y/o familia
7. Realizar orientación, consejería y/o psicoterapia de ser necesario.
8. Determinar el diagnóstico, pronóstico y manejo del paciente.
9. Realizar informe o evolución.
10. Dar respuesta a interconsulta.
11. Coordinar con el médico y/o equipo multidisciplinario sobre los avances y/o manejo del paciente.

❖ **Consulta Psicológica a Pacientes Hospitalizados**

Definición:

Conjunto de actividades y procedimientos realizados por el profesional psicólogo dirigido a detectar en forma oportuna la existencia de riesgo y/o daño en el paciente hospitalizado e intervenir para lograr su adaptación y participación activa en el proceso en que se encuentra.

Objetivos:

- Brindar atención especializada: Entrevista, evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Materiales:

Historia clínica, formatos, pruebas psicológicas.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Paciente hospitalizado

Descripción de los pasos

1. Realizar visita con el equipo multidisciplinario y detectar sintomatología que requiera intervención psicológica a criterio profesional y/o a solicitud del equipo multidisciplinario, paciente y/o familia.
2. Revisar la historia clínica.
3. Entrevistar y observar el desempeño y comportamiento durante la obtención de datos personales, familiares, signos y síntomas.
4. Realizar breve historia para determinar factores que faciliten la aceptación de su enfermedad y tratamiento.
5. Evaluar las fortalezas, déficits cognitivos, emocionales y conductuales que favorezcan la intervención.
6. Realizar el afrontamiento psicoterapéutico a través de un programa de restitución de habilidades.
7. Coordinar con el equipo multidisciplinario sobre el manejo del paciente y/o avances alcanzados.
8. Entrevistar y brindar consejería a la familia o intervención psicoterapéutica, si el caso lo amerita, para lograr su participación activa en el tratamiento integral del paciente.
9. Realizar la evolución y/o informe psicológico en la historia clínica de la actividad realizada con el paciente, pareja o familia.
10. Servicios médicos en que se realiza la intervención: gastroenterología, oncología, cardiología, hemodiálisis, emergencia, UCI, UCIN, UVI, pediatría, quemados, traumatología, neumología, cirugía general, nefrología, enfermedades sistémicas (dermatología, reumatología, endocrinología), urología, gineco-obstetricia, psiquiatría (hospitalización total).

❖ Evaluación de la Personalidad

Definición:

Procedimiento psicológico especializado que permite conocer la organización de la persona a través de métodos proyectivos o multifactoriales en concordancia con las bases teóricas de la psicología.

Objetivos:

- Determinar los rasgos, tendencias y conflictos.
- Conocer los déficits y potencialidades de las dimensiones de la estructura de la personalidad.

Materiales:

Manual Técnico, según sea el caso; láminas con reactivos, protocolo de respuestas, hojas de calificación o cuadernillos de reactivos, hoja de respuestas, hoja de calificación, manual de calificación e interpretación, lápiz, borrador, lapicero azul y rojo, equipo de cómputo, software.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Cita de atención. Paciente: consulta directa, referencia o interconsulta.

Descripción de los pasos

1. Entrevista y toma de datos.
2. Selección y preparación del material.
3. Explicación del motivo de la evaluación.
4. Instrucciones sobre la administración de la prueba.
5. Pruebas, sesiones y tiempo requerido.
 - ✓ Proyectivas, 2 o 3 sesiones, cada sesión de 45 minutos.
 - Test del Árbol.
 - Test del Hombre bajo la lluvia.
 - Test de Apercepción Temática (Adultos, Niños versión A – H).
 - Test de la Familia.
 - Test de la Figura Humana.
 - Test casa – árbol – persona.
 - Pata Negra
 - Psicodiagnóstico de Rorschach.
 - Frases Incompletas (Niños – Adultos)
 - Test de Colores
 - Asociación de Palabras

- Test de Cuadros de Symonds.
- ✓ Multifactoriales, 1 o 2 sesiones, cada sesión de 45 minutos.
- Eysenck (Adultos – Niños)
- AF-5 Autoconcepto Forma 5
- CPS Cuestionario de Personalidad Situacional
- 16 PF Inventario de Personalidad (Adultos – Adolescentes)
- MIPS Inventario de Personalidad de Millon
- BFQ Cuestionario de Personalidad Big Five
- NEO PIR Inventario de Personalidad.
- Caracterológico de Berger.

6. Calificación, análisis e interpretación de resultados.

7. Informe, conclusiones, pronóstico y recomendaciones.

8. Entrega de resultados y/o Remisión del informe al solicitante.

❖ **Calificación y Análisis de Pruebas Psicológicas**

Definición:

Actividad psicológica consistente en la calificación de la prueba o batería psicológica en forma cuantitativa y que emite un resultado cualitativo.

Objetivos:

- Calificar la prueba o batería psicológica.
- Analizar los resultados.
- Integrar la información con lo observado durante la administración.

Materiales:

Protocolo de respuesta, formato de calificación, manual técnico, útiles de escritorio.

Responsable:

El Psicólogo

Requisitos:

Ser acreditado como postulante.

Descripción de los Pasos

1. Revisar la historia clínica y las observaciones durante la administración de la prueba y problema actual.
2. Calificar la prueba psicológica o batería psicológica haciendo uso de los formatos y protocolos de calificación.
3. Realizar análisis cuantitativo y cualitativo.
4. Hacer un resumen de los hallazgos obtenidos.
5. Dar recomendaciones.
6. Preparar material informativo para la elaboración de informe psicológico.

❖ Informe Psicológico

Definición:

Actividad especializada orientada a la integración de los procedimientos de consulta psicológica, evaluación específica o general que se consolidan cualitativamente previa interpretación y emisión de resultados.

Objetivos:

- Interpretación de entrevista y evaluación psicológica.
- Perfil específico o general del evaluado.
- Conclusiones, recomendaciones y pronóstico.

Materiales:

Historia clínica, resultado de evaluaciones psicométricas, proyectivas, formato, materiales de escritorio, papel membretado.

Responsable:

El Psicólogo.

Requisitos:

Cita de atención. Consulta directa, interconsulta o referencia. Requerimiento institucional o judicial.

Descripción de los pasos

1. Revisar la historia clínica considerando:
 - Problema actual
 - Antecedentes personales y procedimientos
2. Consolidación e integración de resultados.
3. Interpretación de los resultados.
4. Conclusiones.
5. Pronóstico.
6. Recomendaciones al médico o profesional solicitante, usuario y/o familia.

❖ Video Forum

Definición:

Actividad terapéutica que utiliza los medios audiovisuales y el argumento de la película para identificar problemas no resueltos, favorecer el "darse cuenta" de los pacientes e incentivar la comunicación y espontaneidad en el grupo. Así mismo, educamos en aspectos de Salud Mental con fines de prevención brindando orientación psicológica.

Duración de la actividad: 3 horas una vez al mes.

Objetivos:

- Incrementar el autoconocimiento
- Facilitar la identificación de problemas
- Orientar en temas de salud mental

Favorecer la toma de conciencia de su responsabilidad en su problemática.

Requisitos:

1. Ambiente amplio, ventilado y con mobiliario adecuado para proyección de película.
2. Pacientes correspondientes a los 3 grupos terapéuticos
3. Televisor de 29" como mínimo
4. Reproductor de video.
5. Videoteca con contenido psicológico acorde a objetivos terapéuticos
6. Extensión eléctrica

Descripción de Acciones

1. Seleccionar la película de acuerdo a la incidencia de conflictos en los grupos terapéuticos
2. Disponer la preparación del ambiente e instalación del equipo y película seleccionada
3. Señalar los objetivos de la técnica
4. Anunciar y presentar el contenido la película a proyectar
5. Proyección de la película
6. Se procede al análisis de los personajes y argumento de la película
7. Relacionar los temas propuestos en la película con la problemática de los pacientes.
8. Exposición de las conclusiones y comentario final del psicólogo terapeuta.

Otras Actividades Asistenciales

Evolución de Historias Clínicas

Registrar información de la evolución del paciente en las actividades psicoterapéuticas.

Talleres Educativos

Organizar y coordinar las charlas del año en curso.

Brindar información sobre temas psicológicos que ayuden a mejorar la calidad de vida del paciente.

Reuniones de coordinación con el Equipo Multidisciplinario.

Programar y evaluar el tratamiento y/o determinar el alta.

Actividades administrativas de los psicólogos del servicio de hospital de día

Reunión Administrativa en el Servicio de Hospital de Día.

Recibir y dar Informes para el Tratamiento y Asuntos Administrativos del servicio.

Coordinar con el equipo multidisciplinario las diferentes actividades propias del servicio.

Elaboración de Estadística

Elaborar el consolidado mensual

Actividades de docencia capacitación e investigación

Actividades de Capacitación del Servicio de Hospital de Día

Incorporar nuevos avances en las técnicas psicoterapéuticas.

Revisar información actualizada en salud mental

Investigación

Renovar y replantear el tratamiento y técnicas de acuerdo a los hallazgos.

5.10 Material Psicométrico Utilizado

Fichas técnicas

➤ Test de Matrices Progresivas de RAVEN

- *Autor* : J. C. Raven
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 40 a 90 min.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos
- *Objetivo* : Medir la habilidad para hacer comparaciones, razonar por analogías y organizar percepciones espaciales

➤ Test del Dibujo de la Persona bajo la Lluvia

- *Autor* : Querol – Chaves Paz
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 15 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Desde los 10 años hasta adultos
- *Objetivo* : Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental así como la modalidad defensiva predominante

➤ Test de la Figura Humana de Karen MACHOVER

- *Autor* : Karen Machover
- *Forma de Aplicación* : Individual o Colectiva
- *Duración* : 15 min. Aprox.
- *Objetivo* : Reflejar en cierto modo una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que éste desempeña en su medio ambiente, así como sus impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de su personalidad.
- *Edad de Aplicación* : Niños, Adolescentes y Adultos

❖ **Inventario de Cociente Emocional ICE BARON – NA**

- *Autor* : Reuven BarOn
- *Adaptación Peruana* : Nelly Ugarriza Chávez y Liz Pajares Del Águila
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Formas* : Completa y Abreviada
- *Duración* : Sin límite de tiempo
- *Edad de Aplicación* : Niños y Adolescentes entre los 07 y 18 años
- *Objetivo* : Evaluación de las habilidades emocionales y sociales.

➤ **Cuestionario Big Five (BFQ)**

- *Autor* : G. Caprara, C. Barbaranelli y L. Borgogni.
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectivo
- *Duración* : 20 – 30 min.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos
- *Objetivo* : Evaluación de 5 dimensiones y 10 subdimensiones de la personalidad.

➤ **Cuestionario Caracterológico de Gaston Berger (CCGB)**

- *Autor* : Gaston Berger
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectivo
- *Duración* : 20 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Adolescentes y Adultos
- *Objetivo* : Determinar los tipos de personalidad

➤ **Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)**

- *Autor* : Theodore Millon
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : De 20 a 30 minutos aprox.

- *Edad de Aplicación* : 18 años en adelante
Permite medir dificultades
- *Objetivo* : emocionales, sea trastornos
comportamentales primarios o
síndromes clínicos.

❖ **Test de Frases Incompletas de FORER**

- *Autor* : Bertram Forer
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 30 min. Aprox.
- *Edad de Aplicación* : Niños
- *Objetivo* : Instrumento de tipo proyectivo.
La información que brindan permite
seleccionar al paciente para
someterlo a una terapia y ofrece
indicios de la dinámica de actitudes
y sentimientos del paciente.

➤ **Escala de Autoestima para Adultos de Stanley Coopersmith**

- *Autor* : Stanley Coopersmith
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 20 minutos aprox
- *Edad de Aplicación* : A partir de 15 años
- *Objetivo* : Explorar el nivel de
autoestima. Consta de 25 ítems
de respuestas dicotómicas
divididos en 3 subescalas: Área
Personal, Área Social – Pares y
Área Hogar.

➤ **Inventario de Depresión de Beck**

- *Autor* : Beck, AT; Rushm AJ; Shaw, BF y Emery G
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 15 minutos como promedio
- *Edad de Aplicación* : Desde los 11 años de edad con instrucción mínima primaria completa
- *Objetivo* : Aspectos Cognoscitivos de la depresión, Aspectos conductuales de la depresión, aspectos fisiológicos de la depresión.

➤ **Escala de Depresión de Yesavage**

- *Autor* Brink y Yesavage
- *Forma de Aplicación* Individual y Colectiva
- *Duración* 15 minutos como promedio
- *Edad de Aplicación* A partir de los 60 años
- *Objetivo* Evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico.

➤ **Test Zung: Escala de Autoevaluación de Ansiedad (EAA) – Escala de Automedición de Depresión (EAMD)**

- *Autor* Zung
- *Forma de Aplicación* Individual y Colectiva
- *Duración* 10 minutos aproximadamente cada escala
- *Edad de Aplicación* Adolescentes y adultos
- *Objetivo* Grado de ansiedad y Grado de depresión del sujeto

❖ **Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS)**

- *Autor* : John S. Gillis
- *Forma de Aplicación* : Individual y Colectiva
- *Duración* : 20 a 30 minutos
- *Edad de Aplicación* : Niños de 6 a 8 años
- *Objetivo* : Apreciación del nivel de ansiedad infantil

○ **Test del Árbol - Casa - Persona (HTP)**

- *Autor(es)* : John N. Buck y W. L. Warren
- *Forma de Aplicación* : Individual
- *Duración* : Entre 30 y 90 minutos
- *Edad de Aplicación* : Niños, Adolescentes y Adultos
- *Objetivo* : Evaluación de las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar.

CAPITULO II

CASO CLÍNICO

1. DATOS DE FILIACION

Nombres	:	A. V. B. U. (Verónica)
Lugar de nacimiento	:	Lima
Fecha de nacimiento	:	16 de marzo de 1968
Edad	:	6 años
Grado de instrucción	:	Superior (enfermería)
Ocupación	:	Secretaria
Estado civil	:	Soltera
Nº de hijos	:	3 hijos (2 mujeres, 1 varón)
Religión	:	Católica
Nombre de la madre	:	A. V. U. D.
Fecha	:	Julio del 2014

II. ENFERMEDAD ACTUAL

La paciente asiste a consulta derivada del Policlínico Próceres, al cual asistió voluntariamente en busca de ayuda profesional, asustada al darse cuenta de que la relación en su hogar (con sus padres e hijos) se estaba deteriorando de manera acelerada, y esto produjo que ella se vuelva agresiva, ansiosa, intolerante, irritable: “[...], me di cuenta que no aguantaba nada ni a nadie, todo me molestaba, renegaba con mis hermanos, a mis hijos les gritaba; tiraba cosas de la nada, los cubiertos, los platos los tiraba contra las ventanas, me golpeaba contra la pared en mi desesperación, una vez al

recoger del colegio a mis hijos me puse a renegar y gritar con los otros padres de familia, el por qué no lo recuerdo, allí me di cuenta que algo andaba mal, me puse a pensar en mis hijos y decidí que ellos no debían verme ni soportarme en ese estado”.

Por otro lado, comenta que cuando empezó a darse cuenta de su irritabilidad y agresividad pensó que era un problema neurológico y recordó que en tres ocasiones había tenido pérdida de la conciencia y en una de estas un no control de su extremidad inferior derecha. El primero lo sufrió hace un año, se encontraba tendiendo la ropa y para alcanzar el colgador se subió a una silla, de la cual se resbaló y perdió el conocimiento por segundos, en ese momento solo pensó en sus hijos y en su madre; el segundo lo tuvo cuando fue al colegio a recoger a su menor hija y le informaron que no quiso dar el examen porque dijo no haber estudiado, habló con el profesor para una nueva evaluación y mientras se encontraba enseñando a su hija y preparándola vino a ella una sensación de mareo, la cual la desestabilizó, la hizo caer producto de ello perdió el conocimiento durante 2 minutos, en aquella oportunidad no tuvo control de esfínteres y mojó los pantalones: “mi madre dice que junto a mi hija me llamaban, pero yo no escuchaba, mi mente se quedó en blanco”; “el último suceso fue cuando estaba subiendo las escaleras mi pierna derecha no me respondía y de la nada me caí, en aquella ocasión solo fueron segundos”.

Debido al último suceso decide hacerse ver en cardiología en donde le realizan los estudios correspondientes, un electrocardiograma y con ello descartan una posible taquicardia y le refieren asistir a Psiquiatría; “es por ello que decido venir, yo pensaba que tenía un tumor, un problema en la tiroides o colesterol alto, pero todo los exámenes salían en orden y es por ello que decido venir”.

El motivo principal por el que acude a consulta es el deterioro de la relación con los miembros de su hogar, y su preocupación ante ello, la generación de un estado de ansiedad y estrés. Se levantaba a media noche llorando y gritaba pensando en que se iba a morir y dejar a sus hijos solos, asimismo el sentimiento de fracaso y decepción hacia ella misma por no haber brindado a sus hijos un padre responsable y presente.

Verónica refiere experimentar la siguiente sintomatología:

***Síntomas:** Dolores de cabeza, dolores musculares, insomnio, mareos, sentimiento de tristeza, ganas de romper las cosas y gritar, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, frustración, falta de motivación, pérdida de energía y placer en sus actividades, ideación suicida, problemas en la relación con su madre.

***Signos:** Palpitaciones, labilidad emocional, irritabilidad, agresividad, pánico a las personas en grupos grandes, llanto frecuente, aumento de apetito, agitación, consumo de alcohol (diario).

2.1 Episodios previos (Antecedentes de importancia):

- Desde los 5 años refiere haber sido víctima de malos tratos por parte de sus padres quienes siempre han sido agresivos y más estrictos con ella por ser la mayor.
- Refiere haber dormido en la calle a la edad de 5 años como castigo de parte de su madre por haber perdido la llave de la casa, en esa ocasión sintió que sus padres no la querían por dejarla en la calle, pero al mismo tiempo sintió culpa y por eso no dijo nada.
- A los 8 años sufrió agresión por parte de su padre, quien se encontraba enseñándole matemáticas y él al hacerle una pregunta y ella no

responder comenzó a gritarle, a decir que no sabía ni servía para nada y terminó golpeándola contra la pizarra acrílica.

- A los 11 años asume las responsabilidades de su madre y se encarga de atender a sus hermanos. Refiere que lo realizaba de buena gana y en parte, porque todas las empleadas los abandonaban.
- A los 16 años sufre de bulimia producto de bullying en su colegio. Verónica refiere que en el colegio era de contextura delgada pero sus compañeros se burlaban de ella y la molestaban por su apellido Bohme, tanto fue su angustia y temor a que la sigan molestando que empezó a vomitar todo lo que ingería, llegó a pesar 65 kg. “me veía gorda, todo lo vomitaba, no quería estar en casa, me sentía mal, hasta que me di cuenta que me estaba matando, me comenzó a doler y arder la garganta y por eso paré”. Debido a esto se enfermó de gastritis.
- Consumo de alcohol a los 17 años, dejaba de asistir al colegio y se escapaba para reunirse con sus amigos a tomar, llegando a una frecuencia diaria de consumo de una caja ella sola y una botella de trago corto.
- Primer intento de suicidio a los 17 años se cortó las muñecas con un tenedor. Refiere que la razón principal que la motivó eran los maltratos constantes de su madre y que en aquella oportunidad había discutido fuertemente con ella, cuenta también que sus padres no se dieron cuenta del hecho y ella al ver que sangraba mucho decidió desistir y tratar de curarse.
- Segundo intento suicida hace dos años y medio a través de la ingesta de pastillas. Refiere estaba tensionada por el proceso de separación con el padre de su hijo y tuvo una discusión fuerte con su padre quien sufría de demencia senil y la quiso golpear con su bastón, en ese momento se desesperó e ingirió 6 pastillas de los medicamentos de su padre.
- Estilo parental padre alcohólico y agresivo, madre agresiva.

III. HISTORIA PERSONAL

3.1 Desarrollo pre y postnatal

Verónica refiere que no cuenta con mucha información con respecto a su desarrollo pre y postnatal, ya que sus padres no eran de tocar esos temas con ella y sus hermanos, pero lo poco que conoce es por preguntas que ella recuerda haber hecho a su madre de joven.

En cuanto a los datos evolutivos que refiere, señala que su madre tuvo un embarazo normal a la edad de 32 años y que nació por parto asistido con fórceps; durante el embarazo y en sus primeros meses de vida su padre se mostraba afectuoso con su madre y ella, pero conforme fue pasando el tiempo el afecto disminuyó notablemente.

Recibió lactancia materna hasta los seis meses en donde comenzaron a alimentarla a través de biberón, quedando al cuidado de su abuela por el retorno de su madre al trabajo, deja el biberón a los tres años de edad. Comenzó a gatear a los nueve meses y al año a intentar caminar con ayuda del andador, a los dos años logra hacerlo sin ayuda de nada ni nadie.

Verónica relata que su comportamiento de niña era bien travieso, pintaba los muebles de la casa con crayolas y para que no le digan nada se escondía de su abuela, siempre estaba realizando travesuras; refiere que días antes del terremoto de los años setenta se cayó del tercer piso, sus padres asustados y preocupados la trasladaron al hospital de la FAP en donde indicaron que no tenía daño alguno, descartaron fracturas, hematomas y regresa a casa.

En su infancia refiere que siempre que gustaba o quería algo realizaba pataletas hasta conseguirlo, recuerda que un día en el mercado se provocó de algo (no recuerda con exactitud) y para conseguirlo realizó una pataleta,

se tiró al piso y comenzó a gritar que su mamá era “mala madre”, no paró hasta que ella le compró lo que quería; refiere haber sido manipuladora, caprichosa, engreída, altanera, contestona, hasta que un día su mamá le pegó y desde entonces siempre lo hacía, su papá se dio cuenta de esto, pero no decía nada, no se metía porque pensaba que era normal y esa era la manera de corregir a los hijos.

3.2 Escolaridad y relaciones sociales

La paciente refiere que en inicial recibía ayuda de sus padres pero ya en primaria dejaron de apoyarla con las tareas y demás actividades escolares. A los 6 años entra a 1º grado de primaria refiere que durante toda su primaria su desempeño escolar siempre fue bueno, sacaba notas altas y aunque sus padres no la apoyaban con las tareas y demás actividades escolares ella siempre cumplía, su relación con los otros niños era normal, socializaba más con las niñas, pero se hablaba con sus compañeros varones.

A la edad de once años entra a secundaria, la paciente refiere que en ese entonces gustaba más de las matemáticas, se le hacía fácil resolver los problemas y ecuaciones con números, pero debido al bullying que recibía por parte de sus compañeros con bromas respecto a su apellido y talla empezó a descuidar sus estudios en tercero, a no sentir motivación ni alegría cuando resolvía algún problema, a no cumplir con las tareas y con esto a perder el año escolar; sin embargo Verónica refiere que ella decidió no rendir y jalar el año; en ese mismo año dado que poseía una talla alta verónica decide postular y logra ingresar al grupo de pabellón, (un grupo integrado por alumnos seleccionados quienes competían entre secciones a cambio de algún premio o paseo) y como medio de venganza hacia sus compañeros decide llegar tarde a todas las presentaciones perdiendo con ello gallardetes

de premio y paseos para su sección, refiere era su forma de vengarse y molestarlos.

En cuarto año de secundaria su madre como castigo decide cambiarla a un colegio estatal y ponerla turno de la tarde, en las mañanas cocinaba y dejaba todo listo para sus hermanos y en las tarde se dirigía a estudiar, ya en este observa que su rendimiento iba mejorando y con ello sus relaciones interpersonales iba creciendo; comenzó a reunirse en grupo todos los días y a tener pretendientes pues refiere que en comparación a las demás chicas ella era más desarrollada y alta. Ya a medio año comienza su consumo de alcohol, sus escapadas a casa de algún amigo(a) o a sitios alejados del colegio en donde se podían juntar a beber y fumar cigarrillos, aunque esto último ella solo lo hizo una vez pues no le gustó la sensación de humo en su cuerpo.

En cuanto a su comportamiento refiere que era traviesa, ponía cabe a sus compañeros que no le caían para que estos se cayeran, se hizo amiga del profesor de historia y pedía de favor que jalara a quienes la molestaban o a ella no le caían, comenzó a faltar a clases y ser más desenvuelta, sobre todo cuando se encontraba con alcohol en su cuerpo, se comenzó a preocupar por su imagen corporal aunque ella aduce era de contextura delgada cada que ingería algún alimento se sentía pesada y corría de inmediato a un baño con el pretexto de cepillarse los dientes y se provocaba el vómito con el cepillo, de esta manera enferma de bulimia a los 16 y durante dos años repetía el mismo proceso ocultándose de sus amigos y en casa de sus padres y hermanos; refiere que logra salir de la bulimia al percatarse que su garganta se estaba dañando y al tomar conciencia de la enfermedad por medio de la información que leía y le llegaba por los medios de comunicación masiva.

A los 17 terminó el colegio e ingresó a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega a la carrera de Psicología, pero deja la universidad porque empieza a presentar miedo a las personas, refiere que no le gustaba viajar en los buses porque siempre había mucha gente. Un día mientras ella subía a un bus un señor se encontraba bajando y como había mucha gente se aventó tirándole un puñete en el rostro, tuvo una herida en el labio inferior que le duró tres años, esto incrementó su pánico a las personas y dejó de asistir a clases, además refiere que en las exposiciones y trabajos en grupo siempre le sudaban las manos, comenzaba a sudar frío y su ritmo cardíaco se incrementaba.

3.3 Ocupación y trabajo

Verónica refiere siempre haber sido trabajadora y responsable con sus trabajos, es enfermera de profesión y en la actualidad trabaja independientemente.

Empezó a trabajar a la edad de 22 años en el centro de belleza Selene, lugar en donde paralelamente estudiaba cosmetología, luego trabajó en un concesionario dentro del centro educativo Sagrado Corazón, refiere que estos dos primeros trabajos no demandaban mucho esfuerzo por lo cual le era muy fácil realizarlos.

A la edad de 35 años trabajó como auxiliar de educación inicial, en donde laboró con dicho puesto durante cinco años, refiere le gustaba el trabajo con los niños y el clima laboral era tranquilo, pero presentó problemas con los padres de familia debido a que ellos no cumplían con las normas establecidas por el colegio y al ser ella la que interrelacionaba con ellos al comunicárselos generaba pequeños problemas.

Luego de haber terminado sus estudios de enfermería en el 2001 labora como tal en la Clínica de Cirugía y Estética del Dr. Rodríguez, menciona haberse sentido muy bien trabajando y desempeñándose como enfermera, que el trato que mantenía con sus jefes y compañeros era cordial y su desempeño laboral era bueno; pero por motivos de embarazo y política de la clínica tuvo que retirarse.

Desde el 2007 hasta el 2011 estuvo trabajando como enfermera particular en el cuidado de personas adultas mayores. Actualmente trabaja de manera particular y momentánea como secretaria en la empresa JPC.

3.4 Hábitos e intereses

Verónica no se considera una persona muy interesada en participar de reuniones sociales, prefiere las actividades del hogar como cocinar, sobre todo escuchar música todos los días sin ningún género de preferencia pues refiere que todos los géneros luego de escucharlos por un momento terminan siendo de su agrado.

Señala que en su infancia y niñez lo que más le gustaba era el deporte en especial jugar voleibol llegando a pertenecer a la selección de su colegio por ser muy buena en este deporte.

En su adolescencia y edad de 14 años su interés por el deporte fue creciendo y el atletismo con tipos de lanzamiento como el de bala, disco y jabalina llamaron su atención, practicaba básquet como deporte en el colegio lo que ella refiere la ayudaba a desestresarse y distraerse de sus deberes hogareños y de colegio.

Verónica relata que desde muy joven gustaba mucho de leer, hábito que hasta la actualidad realiza, pero con menor frecuencia. Sentía un especial

interés por las obras de Oscar Wilde, Gabriel García Márquez comenta que ha leído la obra Cien años de Soledad más de quince veces pues siempre que lo hacía era como la primera vez de interesante.

En la actualidad disfruta mucho de la compañía de sus hijos jugando y cantando por las tardes con ellos.

3.5 Cambios de residencia

Nació en Barranco en donde vivió hasta los seis años, su relación con ambos padres era buena, luego por motivos del trabajo de su padre se mudan a San Roque distrito de Surco en donde la relación con sus padres y amigos de la zona era buena, al cumplir los doce años y hasta la edad de veintiséis cambiaron de casa, pero permanecieron en el mismo distrito de Surco lugar en donde su madre empezó a tener cambios de actitud con ella, era más controladora, no le gustaba que saliera a jugar con sus amigos, la celaba constantemente.

Al cumplir veintiséis años fueron a vivir a la casa de la amiga de su mamá que por diversos motivos viaja a Estados Unidos y les pide que cuiden su casa mientras esta fuera del país (seis años).

A la edad de treinta y uno logran comprar un departamento propio lugar en donde vive actualmente con su madre y sus tres hijos.

A los treinta y cuatro años conoce al padre de sus dos menores hijos con el cual convive al encontrarse embarazada de seis meses pero solo convivió cuatro meses porque se enteró que la engañaba con una mujer que vivía a cuadras de su casa; se separan tres años después se reconcilian, sale

embarazada de su tercer hijo y a los seis meses de haber dado a luz se separan nuevamente por infidelidad.

3.6 Viajes

Verónica refiere conocer los departamentos de Arequipa, Cuzco, Ica, Ayacucho así mismo la ciudad de Pisco, esto como viajes de diversión y trabajo.

3.7 Religión

Nacida dentro de una familia Católica, fue bautizada al nacer, asistía a misa en familia todos los domingos por la mañana, ya a la edad de ocho años iba sola pues aunque ellos no podían ir por diversas razones siempre la mandaban, comenta que su padre era alcohólico y todos los días tomaba pero nunca se olvidaba de rezar el rosario todos los días y de escuchar misa por radio o verla por la televisión, relata también que desde muy niña le enseñaron a no creer en otras religiones ni adorar a otros dioses, solo cree en Santa Rosa de Lima y en el Señor de los Milagros al igual que lo hacían sus padres.

A los doce años recibe sus clases para la primera comunión, a los catorce para su confirmación y a los dieciocho años debido a lo bien que se sentía asistiendo a la iglesia y a las enseñanzas por parte de su colegio siente el deseo de ser monja y se convierte en aspirante en un convento, pero solo permanece en el cuatro meses porque no le agradaba la convivencia entre mujeres y el hecho de que todas las actividades eran muy rutinarias.

3.8 Vida sexual

A la edad de 11 años sufrió acoso e intento de violación en una kermés del colegio, un hombre se masturbó y le mostró sus genitales, quedando ella asustada y huyendo del lugar.

A los 12 años tiene su primera menstruación estando en clase de educación física, se encontraba haciendo ejercicios en pareja y sus compañeras comienzan a reírse de ella pues había manchado el uniforme de deporte y ella no se percataba de eso, esto la toma por sorpresa y asusta pues refiere que no había tenido ningún tipo de educación ni orientación acerca de temas relacionados a sexualidad y menarquía por parte de sus padres, al llegar a casa se lo comenta a su madre, pero ella no muestra mayor interés al tema y la manda a lavar su ropa, con los siguientes periodos menstruales Verónica se percata que se vuelve más sensible e irritable, cualquier cosa que le moleste o incomode lo terminaba manifestando gritando.

Verónica refiere desde niña haber soñado con ser madre pero no veía en sus planes el casarse, pensaba en tener hijos con alguien físicamente atractivo y después no saber de la persona, relata haber tenido su primer enamorado a los 17 con quien duró solo seis meses, pues él quería tener relaciones con ella y a ella no le interesaba, refiere estuvo con él porque le gustaba, sus demás compañeras tenían enamorado y que en el tiempo que estuvieron solo lo llegó a querer como amigo mas no como algo más.

Luego comenzó a salir con distintos chicos pero no eran relaciones serias, relata que a la edad de 28 años en una fiesta conoció al padre de su primera hija, 4 años mayor que ella con quien mantuvo una relación de pareja. Con él tuvo su primera relación sexual, tiempo después decide engañarlo

haciéndole creer que era estéril y por eso no necesitaba protección quedando así embarazada.

A los 34 años tuvo su segundo compromiso un año mayor a ella con quien tuvo a su segundo hijo, verónica refiere que él era el amante de su hermana, pero mientras estuvo con su hermana la enamoraba a ella, refiere que tiempo después se enteró que era un estafador de bancos y decidió terminar, pero no lo hizo porque se llegó a enamorar de él, a los meses de nacido su segundo hijo se entera que le era infiel con una mujer que vivía a pocas cuadras de su casa, razón por la cual se separa pero tres años después lo perdona regresando con él y teniendo a su tercer hijo, meses después de nacido su tercer hijo se entera de que aún mantenía una relación con aquella mujer con quien la había engañado hace años, esto hace que regrese a vivir con sus padres.

Verónica refiere que fue violada a la edad de 33 años por su psiquiatra quien la drogó y durmió en su consultorio, nunca lo denunció ni habló con nadie porque le había dicho que nadie le creería.

Actualmente no tiene una pareja estable y sale hasta con tres personas diferentes, sin fines serios, de lo cual se jacta, sintiéndose halagada pues esto eleva su autoestima y se siente atractiva para el sexo opuesto.

Es frecuente su conducta seductora con sus compañeros de grupo y bromas de contenido sexual, incluso con los miembros varones del equipo profesional asistencial.

3.9 Enfermedades

Verónica refiere no saber mucho acerca de las enfermedades que padeció de niña y que su madre tampoco le ha comentado mucho al respecto solo que al momento de su nacimiento la asistieron con fórceps y al salir por completo de su madre la enfermera refirió que había volteado los ojos y convulsionado razón por la cual le realizaron múltiples electroencefalogramas y tomografías hasta la edad de 10 años, con ello descartaron la hipótesis de epilepsia y alguna posible lesión en el cerebro.

Entre los nueve meses y dos años de edad refiere haberse enfermado de varicela, viruela, rubéola, sarampión y paperas, estas enfermedades sin mayores inconvenientes que los normales.

A los dos años de edad se resbala de las escaleras del segundo piso de su casa y cae en brazos de su tío quien se percató de esto, fue llevada al hospital de la FAP para una revisión debido a la altura y velocidad con la que cayó.

3.10 Sueño

La paciente refiere haber tenido pesadillas desde niña, soñaba con sus familiares muertos, estos se presentaban ante ella y se quedaban mirándola como si estuvieran cuidándola u observando lo que hace, a la edad de doce años sueña por primera vez con personas algunas conocidas y otras no, ambas se encuentran persiguiéndola en medio de un bosque, ella corre tratando de huir y en medio de la oscuridad cae a un pozo negro, intenta salir de este pero no lo consigue, las personas se acercan y tratan de matarla tirándole piedras, ella se desespera y en ese momento siempre se despierta llorando, gritando y muy agitada; esta pesadilla se presentó aun siendo adulta.

Cuando su padre fallece sueña con él, refiere que en el sueño él la mira con odio y la llama con su mano, ella le sigue y trata de llevarla a donde él vivió de pequeño como si intentara decirle o mostrarle algo.

A la edad de cuarenta años sueña que se observa muerta en un ataúd y en una habitación vacía, intenta despertarse pero no puede lo que le produce frustración y termina en llanto, despertándose muy angustiada y sin poder respirar, casi siempre después de este sueño comenzaban sus ataques de pánico razón por la cual también acude a consulta.

Verónica refiere que el último sueño que ha tenido es el de encontrarse acostada durmiendo con el papá de sus dos últimos hijos, cuando de pronto se despierta debido a que su ex pareja comienza a morderla, besarla y a tocarla con intención de violarla, ella trata de defenderse y comienza el forcejeo es en este momento en donde se despierta agitada.

3.11 Accidentes

Ha sufrido varios robos, el primero a la edad de diecisiete años en su viaje de promoción en donde le quitan su cámara fotográfica y ella como reacción decide perseguir al ladrón llegando a atraparlo y recuperar su cámara; la segunda vez fue a la edad de veintitrés años cuando se encontraba de compras con su mamá por fiestas patrias, refiere que su mamá se encontraba cargando un paquete cuando de pronto un ladrón paso corriendo y se lo arranco de las manos, ella al percatarse de esto decide enfrentarse al ladrón y corretearlo logrando con eso recuperar su paquete; la paciente comenta que no sabe la razón por la cual en situaciones de robo su primera reacción siempre es enfrentarse al ladrón y quererle golpear. En diciembre del año pasado en el colegio donde laboraba se le perdió la cantidad de 15 soles y aunque sospechaba de la auxiliar nunca se lo comento porque refiere la hubiera agredido y no tenía pruebas para corroborarlo. El último fue en

febrero del presente año 2014 en un micro, ella se encontraba subiendo al vehículo cuando un chico baja y al estar cerca a ella le quita su celular, ella de igual forma a las anteriores decide enfrentarse al delincuente, pero éste la amenaza con un cuchillo e intenta asustarla hincándola razón por la cual ella deja que se lleve su celular.

3.12 Dinámica Familiar

Verónica refiere que la dinámica familiar en su hogar exceptuando los cinco primeros años de edad fue disfuncional, al principio todo era tranquilo, sus padres se llevaban bien, salían y compartían momentos junto a ella y sus hermanos de ahí que sus recuerdos gratos en familia solo sea de pequeña, luego empezaron los problemas de tipo económico pues su padre era alcohólico y aportaba en casa sólo cuando quería y cuando lo hacía aportaba a medias y el resto lo gastaba tomando cerveza todos los días en casa, su madre para evitar problemas y debido a que también trabajaba cubría con la diferencia pero a medida que pasaban los años y el gasto incrementaba los reclamos por parte de su madre hacia su padre empezaron y con ello los gritos por parte de ambos.

Relata también que su padre siempre fue muy celoso con su madre, siempre estaba pendiente de lo que hacía, a donde salía y como iba vestida, no le gustaba que vistiera con faldas o ropas muy ceñidas al cuerpo y en ocasiones cuando regresaba a casa de una reunión por la noche comenzaba a insultarla y a llamarla prostituta, aun cuando estuviese fuera con sus hijos, su padre nunca llegó a agredir físicamente a su madre ni a hermanos, la única que vez que la agredió físicamente a ella fue cuando se encontraba enseñándole matemática y al no responder ella a un problema matemático la golpeó contra la pizarra.

En cuanto a su relación con su madre Verónica comenta que antes de mudarse a Surco era buena y cercana pero debido a los cambios de residencia y al hecho de asumir responsabilidades de madre a temprana edad como lo fue a los 11 años su relación se deterioró, su madre comenzó a ser más estricta con ella, la celaba incluso si se ponía a conversar en la puerta de su casa y argumentaba que los amigos que frecuentaba no eran de su conveniencia, a la edad de 12 años junto con su menstruación Verónica se fue mostrando más sensible e irritable no obedecía ya lo que su madre le ordenaba y aunque tuviese prohibido conversar con los amigos de su casa ella lo hacía motivo por el cual más de una ocasión su mamá la perseguía con el cucharón delante de sus amigos y la obligaba a entrar, esto le incomodaba y daba rabia pues refiere que a sus hermanos no les decía nada ni controlaba como a ella sí. Actualmente la relación con su madre ha mejorado pero sigue siendo controladora con ella.

Respecto a la relación que mantenía con sus hermanos relata que era como la de cualquier hermanos que se molestaban y discutían por cosas pequeñas como el mantener ordenado las habitaciones y el cumplimiento de los quehaceres del hogar, comenta que aunque atendía a sus hermanos desde pequeña esto nunca fue motivo para guardar resentimientos hacia ellos, pero que sí reconoce que a partir de que comenzó a menstruar se volvió menos tolerante a las bromas de ellos y que no cumplían con las pequeñas obligaciones que tenían como el de levantar la mesa u ordenar su cuarto le molestaba llegando a discutir con ellos e incluso a pelearse de manos; refiere que en una oportunidad peleando con su hermana ella le quiso golpear con una silla y Verónica para defenderse termina empujándola hacia la puerta y rompiéndola con la silla.

Actualmente la relación la relación con ellos ha mejorado y aunque no se frecuentan muy seguido las reuniones familiares son cordiales y si ellos comentan algo de ella, ella solo ignora y no se hace mayores problemas.

IV. HISTORIA ANTECEDENTES FAMILIARES:

a) Padre: difunto

Datos de filiación:

Nombre y apellidos: Fritz Carlos Bohme Gomez Sanchèz

Características personales:

Fallecido hace dos años a la edad de 85 años por un paro cardio-respiratorio, hijo de padre alemán y madre peruana era médico de profesión y mecánico de aviones trabajaba en la FAP, era una persona autoritaria, rígido, si bien es cierto en la educación de ella y sus hermanos no intervenía los dejaba a la corrección de su esposa, siempre se terminaba haciendo lo que él decía, era alcohólico desde que Verónica recuerda ya cuando ella era adulta tomaban juntos un par de cervezas todos los días, era dependiente a su madre, sufrió de hipertensión desde los 60 años, la paciente refiere que todos los días se tomaba la presión y se automedicaba tres veces al día .

Madre:

Datos de filiación:

Nombre y apellidos: Amada Victoria Ureta Díaz

Características personales:

Tiene 78 años, profesora de inglés, actualmente sufre de hipertensión y presenta un tipo de demencia, se olvida las cosas y de algunas personas, la paciente refiere que su madre es una persona trabajadora, escandalosa,

reniega de cualquier cosa, agresiva con ella pero no con sus demás hermanos, en cuanto a su rol como madre siempre se preocupó de que no le falte nada económico a ella y sus hermanos aunque se descuidó de la parte afectiva y de la educación, sufre de hipertensión desde poco más de los cuarenta años.

Verónica refiere que tiene una prima que se suicidó a la edad de 48 años tirándose de un acantilado en Miraflores al venir de viaje de Chile y sentirse deprimida.

EXAMEN MENTAL

PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente que aparente menor edad cronológica, es de raza blanca, talla por encima del promedio y contextura gruesa, con sobrepeso. Se viste acorde con la ocasión, se muestra colaboradora en la entrevista, con motivación para la terapia.

CONCIENCIA

No hay alteración de conciencia. Está orientada en tiempo, lugar y persona.

LENGUAJE

Su lenguaje es fluido, claro y comprensible. Expresa adecuadamente sus dolencias y preocupaciones.

AFECTO

Denota ansiedad e ira contenida, refiere tener el ánimo un poco bajo debido a sus problemas.

PENSAMIENTO

Enfocado en sus problemas. No hay alteraciones mayores.

PERCEPCION

No hay alteraciones en ninguna de las modalidades perceptivas.

FUNCIONES INTELECTUALES

Clínicamente no se observan alteraciones graves de la función intelectual. Si refiere disminución en la memoria y olvidos frecuentes

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Tiene conciencia de enfermedad, se da cuenta que no está bien afectivamente y su conducta esta alterada debido a los problemas que presenta.

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres	:	A. V. B. U. (Verónica)
Lugar de nacimiento	:	Lima
Fecha de nacimiento	:	16 de marzo de 1968
Edad	:	6 años
Grado de instrucción	:	Superior (enfermería)
Ocupación	:	Secretaria
Estado civil	:	Soltera
Nº de hijos	:	3 hijos (2 mujeres, 1 varón)
Religión	:	Católica
Nombre de la madre	:	A. V. U. D.
Fecha	:	Julio del 2014

MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación Psicológica para tratamiento en Hospital de Día.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente refiere: “hace 4 años tuvo un desmayo con relajación de esfínteres y me diagnosticaron *taquicardia paroxística ventricular*”. Desde enero comienza tratamiento por salud mental, porque está muy agresiva, y se le diagnostica: depresión y trastorno de pánico. Hace un año se levantaba por las noches llorando porque sentía que se ahogaba, dolor en el pecho, taquicardia, sentía que se iba a morir. Esto ocurría cada 2 o 3 días durante

un año. El año pasado entre noviembre y diciembre quiso tomar alprazolam 2 tabletas: “quería descansar, me trataba mal mi papá, me insultaba, me botaba de la casa, maltrataba a mis hijos”. Refiere insomnio desde hace más o menos 5 años. Así mismo relata que desde hace 4 años y medio, su pareja la dejó porque conoció a otra mujer. Desde hace 5 años la maltrataba psicológicamente “él piensa que yo me voy a olvidar y me trata de llevar a un hotel. Desde hace 2 años tengo trastorno de la memoria, no sé dónde dejo mis llaves, no puedo recordar, estudio y no me acuerdo luego, no manejo el estrés, me voy a la agresividad; le daba duro con la mano a mi hija, me desquité con ella. Un día llamaron a Serenazgo, tenía mucha carga con mi papa, el trabajo y problemas de pareja.”

OBSERVACION DE CONDUCTA

Verónica es una señora adulta de estatura alta 1.75 metros, contextura gruesa, tez clara y cabello rubio.

Se muestra aseada y aliñada. Se viste adecuadamente para la ocasión. En la entrevista se muestra lúcida, orientada en las tres esferas referenciales (espacio, tiempo y persona), atenta a la entrevista y con una ansiedad variable, así mismo presenta un lenguaje coherente y fluido. Es colaboradora con la entrevista y evaluación psicológica.

PRUEBAS APLICADAS:

- Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos
- Test de Inteligencia Emocional de Baron
- Test de Figura Humana de Karen Machover.
- Inventario de Personalidad de Millon.

RESULTADOS:

Verónica obtuvo un CI VERBAL = 110 (Categoría Normal Brillante) y un CI EJECUTIVO = 105 (Categoría Intelectual Normal), siendo su Coeficiente de Inteligencia TOTAL = 108 (Categoría Intelectual Normal Promedio)

Su índice de deterioro intelectual es 0 %.

Su CI POTENCIAL = 120 (Superior), siendo su Nivel de Eficiencia de 90%, lo que indica que utiliza bien sus recursos intelectuales, pero tiene posibilidades de un mayor desarrollo.

No se evidencia ninguna patología orgánica cerebral.

Su mayor déficit está en una disminución de la concentración y la atención y en la discriminación de detalles. De igual modo hay una ligera disminución en la organización y coordinación visomotora siendo esto explicable por un elevado nivel de ansiedad y poca tolerancia a la frustración.

Su memoria mecánica e inmediata está algo disminuida, pero sin salir de los parámetros normales.

Revela interés por el mundo circundante. Su nivel cultural, juicio y sentido común están en el nivel promedio en relación con las personas de su edad, con adecuado contacto con la realidad, percepción del mundo circundante y desarrollo de sus relaciones.

Posee buena capacidad de abstracción, así como habilidad sintética y analítica.

Su inteligencia social está dentro del promedio, pero en el límite bajo, esto explica las dificultades que, por lo general, presenta en el área de la relaciones interpersonales.

Obtiene un Coeficiente de Inteligencia Emocional de 91 que indica una Capacidad Emocional adecuada o Promedio.

Su capacidad de comprensión de sí mismo está levemente disminuida y su nivel de asertividad está por debajo del promedio de las personas de su edad. Su autoconcepto, autorrealización e independencia están ligeramente disminuidos en relación a las personas de su edad.

En el área interpersonal tiene buen desempeño, teniendo una adecuada capacidad de empatía, esto es, la capacidad de ponerse en el lugar de los demás para comprenderlos. Del mismo modo tiene un buen manejo de las relaciones interpersonales y responsabilidad social.

Su capacidad para solucionar problemas es deficitaria y a pesar que conserva la objetividad en su percepción de la realidad es poco flexible lo que disminuye su capacidad de adaptación.

Presenta inadecuado manejo del estrés, debido a su escasa tolerancia a la frustración y un pobre desarrollo de las técnicas de control de impulsos.

Su perfil de personalidad corresponde a los llamados “histriónicos vivaces”, que caracteriza a personas que tienen una gran necesidad de llamar la atención. Se considera inteligente, abierta, encantadora y sofisticada y a menudo exagera sus propias cualidades, despreciando a aquellas personas que no le refuerzan la imagen que ella proyecta de sí misma. Suele causar una buena impresión porque tiene sentido del humor, expresa abiertamente sus emociones y sabe captar la atención de los demás utilizando sus dotes teatrales. En general, cae simpática e incluso seduce y esto a su vez satisface su deseo de recibir halagos. Cuando está sola, sin embargo, se aburre fácilmente y no sabe lo que quiere.

Es una persona cuya personalidad se caracteriza por ser insegura, inmadura, dependiente, impulsiva y en ocasiones agresiva.

A veces es considerada imprudente y/o irresponsable pues no mide el peligro ni teme el castigo producto de sus actos; por el contrario las conductas de riesgo le proporcionan estimulación para realizar actos impulsivos y en ocasiones agresivos.

Afectivamente lábil, en ocasiones donde las cosas están como a ella le gusta se muestra afable y cortés; sin embargo, cuando no van como ella quiere se frustra, tiende a enojarse, a resentirse y a reaccionar de manera impulsiva incluso puede llegar a la agresión. Por otro lado evidencia necesidad de afecto y protección materna, lo que la lleva a tener dificultad para dar y recibir cariño pese a que experimenta la necesidad de ello.

Sus relaciones interpersonales son adecuadas, establece un buen nivel de comunicación con el grupo social, pero debido a las malas experiencias vitales suele ser suspicaz, desconfía de los demás llegando a parecer fría y tosca.

En el área familiar ha percibido mucho conflicto y hostilidad en las relaciones paternas. Con la madre presenta un conflicto pues desde pequeña era maltratada, física y verbalmente por ella, lo cual alimentó un resentimiento que persiste en la actualidad. Sin embargo, a la vez, la madre constituye su soporte y ante su conducta irresponsable es ella la que asume la crianza de sus hijos, oscilando su conducta entre la rebeldía y la dependencia, a pesar de percibirla agresiva y poco afectuosa.

Del padre, dado que era una chica rebelde y desobediente y solía salir con sus amigos desde el colegio y tomar licor con frecuencia, recibía insultos y calificativos hostiles, que mermaban su autoestima. Si bien el padre era buen proveedor era poco afectuoso. A pesar de ello Verónica sentía mayor preferencia afectiva por él y sintió mucho su muerte, no habiendo podido resolver su duelo aun.

Su relación de pareja se ha caracterizado por ser inestable y conflictiva. Del padre de sus hijos con el cual convivió cuatro años recibía maltrato psicológico y finalmente le fue infiel y abandonó el hogar, siendo poco responsable como padre. Hacia él guarda también sentimientos de rencor que aún no ha podido superar. La sumatoria de estos factores a lo que se añade sus dificultades económicas, le provoca una constante irritabilidad y baja tolerancia a la frustración descargando muchas veces en el trato a sus menores hijos, castigándolos al menor motivo, hecho que luego le ocasiona sentimientos de culpa.

Toda esta conflictiva ha desencadenado un elevado nivel de ansiedad y una depresión moderada.

Se identifica con su rol psicosexual, pero en este terreno su conducta es inmadura y con temor a entablar una relación estable, prefiriendo relaciones ocasionales, sin compromiso afectivo, sin haber encontrado la estabilidad en esta esfera de su vida.

CONCLUSIONES

- Cociente de Inteligencia Total = 108 Categoría Normal Promedio
- Cociente de Inteligencia Potencial = 120 superior
- Nivel de eficiencia 90%, Tiene recursos para un mejor desempeño.
- Cociente de Inteligencia Emocional=91 Capacidad Emocional Promedio.
- Poca flexibilidad
- Deficiente manejo del estrés y de sus impulsos.
- No se evidencian rasgos de organicidad cerebral.
- Rasgos de depresión distímica.
- Ansiedad elevada.
- Trastorno de pánico.

DIAGNOSTICO MULTIAXIAL

EJE I : Trastorno de pánico (F41.0)

EJE II : Trastorno de la personalidad histriónico (F60.4)

EJE III : Ninguna

EJE IV : Problemas en la relación entre esposos o pareja (Z63.0)

EJE V : EEAG: 60 (en el ingreso)
EEAG: 85 (en el alta)

PLAN DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA

Trastorno de Pánico

Uno de los problemas por el cual Verónica asiste a consulta es el trastorno de pánico que padece frente a un grupo grande de personas, el cual se manifestó por primera vez cuando ingresó a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en su primera exposición frente al salón.

Refiere: “Me encontraba vestida con sastre para la exposición de mi grupo y la profesora aún no llegaba, para ir practicando y venciendo el miedo a exponer en frente de todo el salón con mi grupo nos pusimos en frente de todos y fuimos repasando nuestras líneas, en tan solo un instante sentía que mi corazón se aceleraba, trataba de tranquilizarme mirando a mis compañeros pero cuanto más los veía más nerviosa me ponía, sudaba frío, y no recordaba lo que me tocaba exponer, no recuerdo bien como expuse lo único que recuerdo es que nunca más lo quise hacer. Después de ese episodio un día mientras me dirigía a estudiar quise abordar una coaster que se encontraba medio llena, al detenerse esperé que bajaran las personas y al subir a ella no me percaté que faltaba un señor por bajar quise darle permiso, pero este hombre venía todo apurado empujando a las personas y justo cuando se encontraba frente a mí me asusté: el señor todo agresivo vino directo a mí y me tiró un puñete en el rostro rompiéndome el labio inferior. Desde ahí le tuve un pánico tremendo a salir y a subir a buses por ese motivo terminé por retirarme de la universidad”.

Objetivos:

- ✓ Entender y controlar puntos de vista distorsionados de estresantes en la vida, como el comportamiento de otras personas o los hechos de la vida.

- ✓ Reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico y disminuir la sensación de indefensión.
 - ✓ Manejar el estrés y relajarse cuando se presenten los síntomas.
 - ✓ Imaginar las cosas que causan la ansiedad, comenzando con la menos temida. Practicar en una situación de la vida real para ayudarle a superar sus miedos.
- **Psicoeducación:** durante las primeras tres sesiones se le facilitará una explicación didáctica sobre qué es la ansiedad y cómo se manifiesta; la naturaleza de la respuesta de lucha/huida; por qué las sensaciones corporales que experimenta la paciente son normales e inofensivas; cómo los sesgos cognitivos y la necesidad excesiva de mantener el control provocan un aumento de las respuestas de ansiedad.
 - **Reestructuración cognitiva:** identificación y modificación de los pensamientos catastróficos respecto de las sensaciones fisiológicas y las cogniciones que subyacen a la ansiedad, desde la segunda hasta la undécima sesión.
 - **Técnicas de distracción y entrenamiento atencional:** situar el foco de atención fuera de uno mismo (Verónica), como por ejemplo, contar objetos, colores, describir texturas, escuchar sonidos, etc.
 - **Entrenamiento en auto instrucciones positivas:** sustituir el diálogo interno de la paciente por afirmaciones menos amenazantes, más positivas, realistas y adaptativas.
 - **Entrenamiento en respiración abdominal y relajación muscular progresiva de Jacobson:** a partir de la cuarta sesión, aprendizaje de la respiración abdominal y la relajación de los principales músculos mediante ejercicios de tensión y relajación para reducir los niveles de activación

fisiológica.

- ***Entrenamiento autógeno de Schultz:*** en donde se le enseña la relajación progresiva de los músculos del cuerpo y luego se procede a la fase imaginal en donde en estado de completa relajación se confronta los objetos o situaciones temidos, con niveles mínimos de ansiedad y luego extrapolar esta experiencia a la vida real.

- ***Experimentos conductuales y Técnicas de exposición en imaginación y en vivo de situaciones estresantes.*** A partir de la sexta sesión, una vez que la paciente entiende por qué sufre ataques de pánico, se pueden afrontar de modo gradual y progresivo las situaciones temidas y evitadas en este caso el miedo a un grupo grande de personas, sin llevar a cabo las “conductas de seguridad” (ejemplo: tener localizados los accesos y salidas de emergencia, aflojarse el botón del pantalón) con el objetivo de exponerse a dichas situaciones y desvirtuar las creencias catastróficas acerca de la peligrosidad de las sensaciones corporales”.

CONCLUSIONES DEL PLAN TERAPÉUTICO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A.P.A. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM IV*. Barcelona: Masson, S.A.
- Bados, A. (2000). *Agorafobia y ataques de pánico*. Madrid: Pirámide.
- Ballester, R. y Gil, M. (2002). *Habilidades sociales*. España: Síntesis.
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2002). *Habilidades sociales evaluación e intervención*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Bar-On, R. (1998). *Inventario de cociente emocional de Baron. Manual Técnico*. Toronto: M.H.S. (Traducción de Abanto, Z., Higuera, L, Cueto, J: Perú.2000).
- Caballo, V. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI Editores.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI.

- Choca, J y Vandenburg, E. (1998). *Guía práctica para la interpretación del MCMI*. Barcelona: Paidós.
- D’Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Diez, M. (1978). *Breviario de análisis transaccional*. México: Diana.
- Essalud (2011). Actividades de Psicología. Lineamientos Generales de programación de actividades de Servicios de salud 2011. Lima. (Resolución N° 57-GCPS-ESSALUD-2010).
- EsSalud. (2010). *Manual de procedimientos de psicología* Essalud. Gerencia Central de Prestaciones de salud. Lima. (Directiva N° 008-GCPS-ESSALUD-2010).
- García, F. (2009). *Procesos básicos en psicoterapia gestalt*. México: Manual Moderno.
- Gomez, I. y Moya, L. (2010). *Abordaje terapéutico grupal en salud mental*. Madrid: Piramide.
- Heil, K. y Hennenhofer, G. (1987). *Vencer el miedo*. Bilbao: Ediciones Mensajero
- James, M. (1982). *Libres*. México: Fondo Educativo Interamericano.
- James, M. y Jongeward, D. (1987). *Nacidos para triunfar*. E.U.A: Fondo Educativo Interamericano.
- Kelly, J. (1992). *Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

- La Farga y Gómez. (1986). *Desarrollo del potencial humano*. 3 tomos. México: Trillas.
- Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 002-99TR. Ley N° 27056 (20 de enero de 1999) Lima: Diario Oficial "El Peruano". Congreso de la República. Recuperado de <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/27056.pdf>
- Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado. En Normas Legales. N° 7892. (30 de enero de 2001). Diario Oficial "El Peruano". Congreso de la República. Recuperado de <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/27658.pdf>
- O.M.S. (1992). *Trastornos Mentales y del comportamiento - CIE 10*. Madrid: Meditor.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Paul-Caballer, F. (1995). *Hipnosis según Erickson*. Madrid: Gaia.
- Perls, F. (1976). *El enfoque gestáltico*. Chile: Cuatro Vientos.
- Portuondo, J. (1979). *Test proyectivo de Karen Machover*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Salama, H. (1988). *El enfoque gestalt. Una terapia Humanista*. México: El Manual Moderno.
- Salama, H. (2012). *Gestalt 2.0. Actualización en Psicoterapia Gestalt*. México: Alfaomega
- Sinay, S. (2003). *Gestalt para principiantes*. Buenos Aires: Era Naciente

ANEXOS

ANEXO 1. FICHA TECNICA

WAIS:

—

Autor : David Weschler.

Nombre original : Weschler Adult Intelligence Scale (Wais), cuya traducción al castellano es la Escala de inteligencia Weschler para adultos.

Año de la publicación : 1977 fue la primera edición, pero hasta 1995 no pudimos tener la versión española del mismo. Ésta fue llevada a cabo por TEA, bajo la dirección de Mariano Yecla y Agustín Cordero.

Forma de aplicación : se pasa de forma individual; el sujeto debe ir completando la prueba siguiendo las instrucciones que el evaluador le vaya indicando.

Duración : puede variar entre 1 hora y 1 hora y media

Edades : se recomienda que se aplique a partir del rango de edad de los 16, es decir, de la adolescencia en adelante.

— Finalidad de la prueba:

Obtener la puntuación de la inteligencia (C.I.) del sujeto evaluado en las tres

escalas posibles: verbal, manipulativa y total.

– Características de la prueba:

El Wais está formado por 11 pruebas, elaboradas a partir de la estrategia racional, divididas en 2 escalas generales que en conjunto formarían la escala total de la inteligencia. La distribución de las pruebas es la siguiente:

Escala verbal	Escala manipulativa:
1. Información.	1. Clave de números
2. Comprensión.	2. Figuras incompletas.
3. Aritmética.	3. Cubos.
4. Semejanzas	4. Historietas.
5. Dígitos	5. Rompecabezas.
6. Vocabulario	

La información que podemos extraer del Wais es tanto cuantitativa como cualitativa.

– Normas de aplicación y corrección:

El orden de aplicación de las pruebas sería siguiendo la forma expuesta anteriormente, es decir, primero la escala verbal con sus correspondientes subescalas y a continuación la escala manipulativa. Solo en casos excepcionales es admisible alguna variación en el orden.

Para la aplicación de cada test hay una serie de instrucciones que el evaluador va dando al sujeto, el cual ha de ceñirse a ellas.

ANEXO 2. FICHA TECNICA

FICHA TÉCNICA

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: INVENTARIO MULTIAXIAL CLINICO MILLON II.
PAIS: E.E.U.U.

AUTOR: Ph. D. TEHODORE MILLON.

AÑO: 1987.

ADMINISTRACIÓN : Individual y Colectiva (Pequeños Grupos).

EDAD DE APLICACIÓN: De 18 años a más.

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: Alejandro Ávila y Fernando Jiménez (Laboratorio de Psicología Clínica Y Psicodiagnóstico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca) 1990.

EVALUACIÓN: 22 escalas de Personalidad Anormal y Trastornos Psicopatológicos. Más 3 escalas de validez.

TIPO DE ITEMS: DICOTOMICOS.

TIEMPO DE EVALUACION : Sin límite de tiempo, aproximado de 40 a 60 minutos.

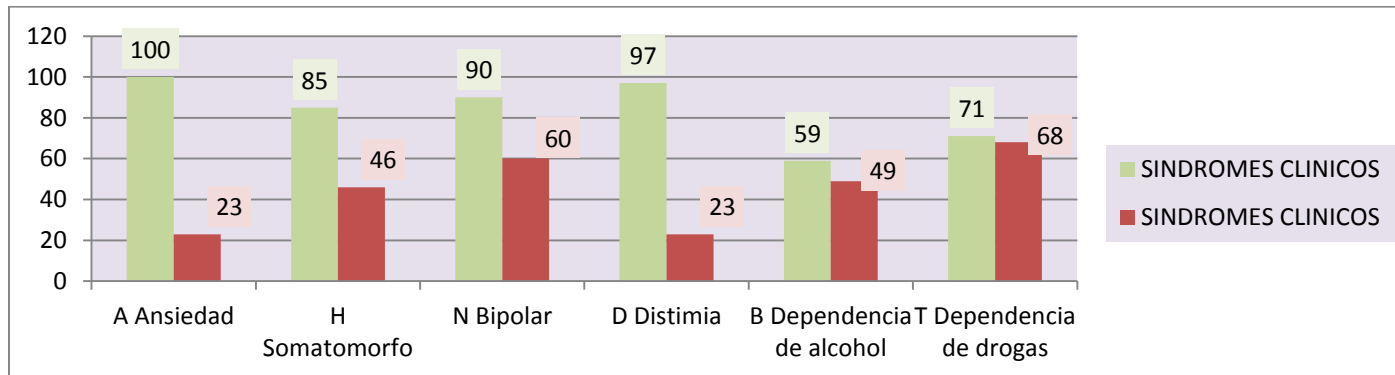
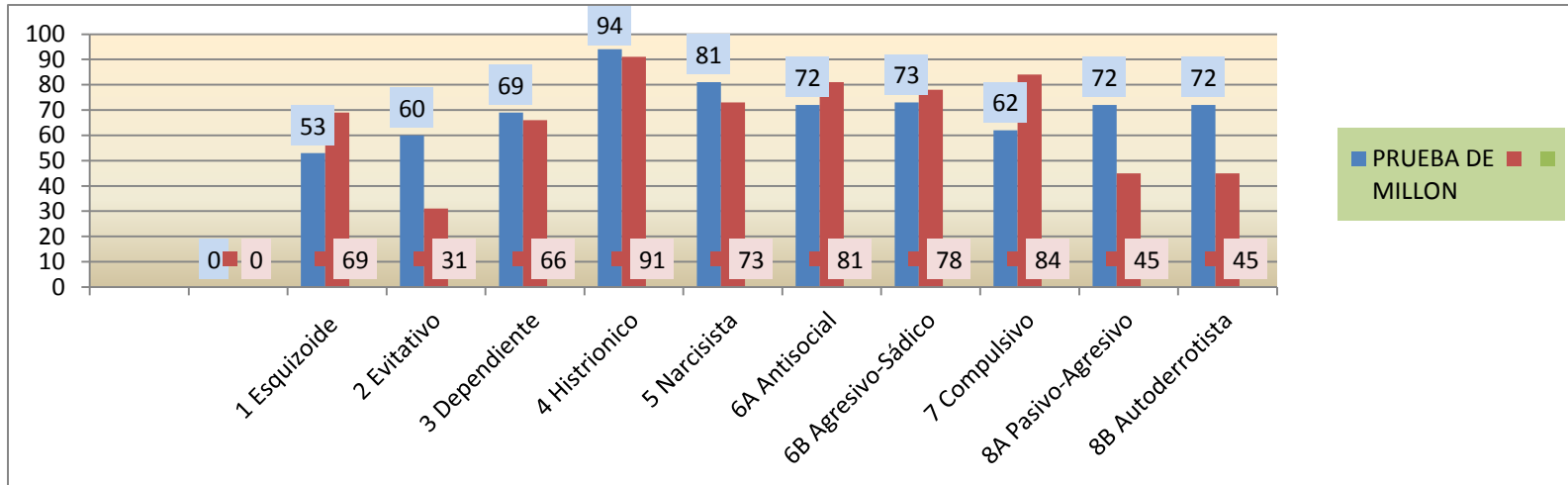
NUMERO DE ITEMS: 175.

SELECCIÓN DE ITEMS Y DESARROLLO DE ESCALAS

Tres criterios utilizados:

- **TEORICO – SUSTANTIVO.** Evalúa hasta que punto los items que componen el instrumento derivan de una estructura teórica explícita.
- **ESTRUCTURAL INTERNO.** Se refiere a la pureza de las escalas aislada o el carácter de sus relaciones esperadas.
- **CRITERIO EXTERNO.** Se relaciona con la correspondencia empírica entre cada escala del test y una variedad de medidas no escalables de la característica o síndrome de estudio.

ANEXO 3. RESULTADOS DE LA PRUBA DE PERSONALIDAD



ANEXO 4. RESULTADOS DE LA PRUEBA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

